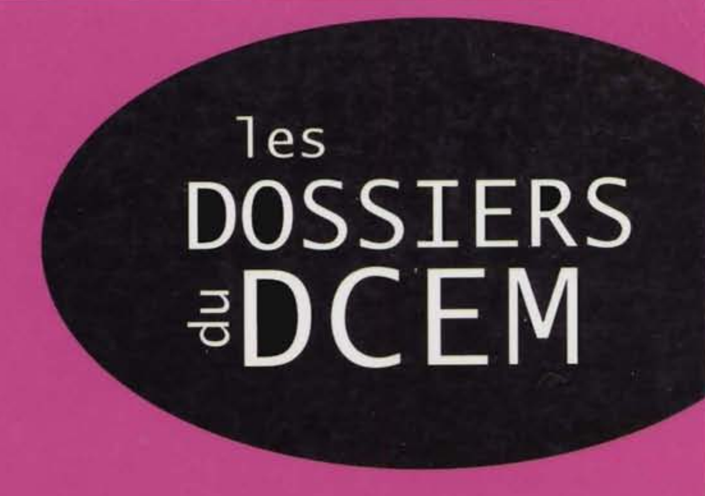


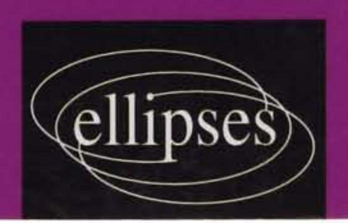
Édouard Raynaud
Isabelle Pansé
Jeanne Wendling-Héraud

DERMATOLOGIE



dossiers originaux, annales
et dossiers transversaux
corrigés et commentés

iconographie en couleur
et grilles de correction



PRÉFACE

Permettez-moi ce petit rappel historique. Quand je passais l'Internat, trois questions de médecine et trois questions de chirurgie étaient tirées au sort à partir d'une liste préalable et le rôle des jurys était de choisir l'une de ces trois questions et de la mettre en forme. On achetait les questions des différents conférenciers que l'on pensait les meilleurs et on les apprenait par cœur. En fait, il y avait des leurres. Les conférenciers publiaient des questions trop longues et c'est au cours des conférences qu'ils expliquaient et modifiaient les questions au profit de leurs seuls étudiants.

Aujourd'hui, modernité oblige, la méthode de sélection a changé. On découpe l'épreuve en multiples items. Quels sont, à mes yeux, les avantages et les inconvénients du nouveau système ?

On espère mieux juger les étudiants sur leur réelle aptitude face à une situation donnée et pour cela on leur soumet des dossiers reprenant une histoire clinique la plus proche possible de la réalité, du genre « Un paysan de la Beauce de 48 ans consulte pour... ». La suite n'est en fait qu'une déclinaison de la situation qui tronçonne la question, par exemple, « Dilatation des bronches : signes, diagnostic, traitement » en multiples sous unités. Croyez-moi, cela revient au même et une question bien faite de « l'ancien Internat » permettait de juger tout à fait correctement le raisonnement et la démarche du candidat.

On dit que la multiplication et la diversité des questions permet de limiter les impasses et donc de mieux juger de l'ensemble des connaissances d'un candidat. Cela est vrai.

En fait, la vraie raison n'est-elle pas, mais cela est un non dit, de faciliter les corrections ?

Au demeurant, l'avantage principal que je vois de ce nouveau système est... le plaisir. Le plaisir de découvrir de multiples situations cliniques, permettant d'apprendre et de tester ses connaissances.

Outre l'intelligence de ce travail, j'ai retrouvé cette notion de plaisir dans les dossiers rassemblés par Édouard Raynaud, Isabelle Pansé et Jeanne Wendling. La compétence des auteurs ne souffre aucune discussion, le découpage des questions est bien fait et les derniers paragraphes de commentaires reprennent l'essentiel.

Alors, conscient de passer aux yeux de beaucoup comme un critique nostalgique de l'ancien système, je me ferais pardonner en conseillant vivement aux étudiants d'utiliser le document qui leur est proposé comme une base solide et ludique d'apprentissage du programme et plus encore de leur futur métier.

Professeur Patrice Morel
Chef de Service, Dermatologie, Hôpital Saint-Louis.

TABLE DES MATIÈRES

Dossier 1

Monsieur P., âgé de 37 ans, téléphone dans votre cabinet de dermatologie pour une suspicion de mélanome.

La lésion a été remarquée il y a quelques semaines par le patient, et la récente demande de consultation est motivée par une émission TV la veille sur « le cancer de la peau ».

Il s'agirait d'une lésion noire, bien limitée, située sur la face externe du bras droit, d'environ 1 cm de diamètre.

Question 1 Quels diagnostics évoquez-vous compte tenu de cette description ?

Question 2 Le patient consulte et au vu de l'aspect inquiétant de la lésion vous réalisez une biopsie-exérèse.

Quels vont être les éléments cliniques et histologiques importants pour le pronostic dans l'hypothèse d'un mélanome malin ?

Question 3 Le patient a eu raison de s'affoler et les émissions TV ont parfois du bon, car il s'agit d'un mélanome stade IA.

Quelle est la signification de ce stade ?

Question 4 Quel traitement proposez-vous ?

Question 5 Quelle surveillance proposez-vous ? Que recherchez-vous ?

Question 6 Le patient vous demande des explications quant au diagnostic, et à l'espérance de survie (Il veut également des précisions quant à son espérance de survie à 5 ans). Que lui dites-vous ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
13 points

Quels diagnostics évoquez-vous compte tenu de cette description ?

- Mélanome ....3 points
- Verrue séborrhéique..2 points
- Angiome thrombosé ....2 points
- Carcinome basocellulaire tatoué ....2 points
- Naevus naevocellulaire ....2 points
- Voire un histiocytofibrome ....1 point
- ou une maladie de Kaposi..1 point

Question 2
21 points

Le patient consulte et au vu de l'aspect inquiétant de la lésion vous réalisez une biopsie-exérèse.

Quels vont être les éléments cliniques et histologiques importants pour le pronostic dans l'hypothèse d'un mélanome malin ?

- Outre le terrain, les éléments cliniques importants pour le pronostic sont : ....1 point
- une forme nodulaire d'emblée, généralement plus agressive qu'un SSM ....2 points
- la présence de métastases locorégionales.........................2 points
  - o métastases cutanées en transit ....1 point
  - o adénopathies ....1 point
- la présence de métastases à distance...............................2 points
  - o signes neurologiques de localisation, d'hypertension intracrânienne ....1 point
  - o foie métastatique..1 point
  - o métastases cutanées à distance.......................................1 point
  - o métastases osseuses (douleurs).......................................1 point
- Sur le plan pronostique l'élément histologique le plus important..1 point
  - o est l'épaisseur de la tumeur (indice de Breslow) ....4 points

  les autres éléments sont :
  - o le niveau de Clark...1 point
  - o le type histologique (SSM ou nodulaire) ....1 point
  - o la présence de signes histologiques de régression ....1 point

Question 3
8 points

Le patient a eu raison de s'affoler et les émissions TV ont parfois du bon, car il s'agit d'un mélanome stade IA.

Quelle est la signification de ce stade ?

- Le stade IA correspond à un mélanome primitif..................1 point
- d'épaisseur maximale 0,75 mm ....3 points
- et/ou de niveau II de Clark (pénétration focale dans le derme) ....1 point
- sans métastase ....1 point
- ganglionnaire...1 point
- ou viscérale..1 point

Question 4
11 points

Quel traitement proposez-vous ?

- En cas de stade IA, il existe un consensus pour réaliser une reprise chirurgicale ....5 points
- avec une marge d'exérèse de 1 cm ....3 points
- Pas d'indication à un traitement complémentaire ....1 point
- notamment, ni curage ganglionnaire systématique.............1 point
- ni chimiothérapie ou immunothérapie.................................1 point

Question 5
26 points

Quelle surveillance proposez-vous ? Que rechercherez-vous ?

- Selon la conférence de consensus de 95, la surveillance sera exclusivement clinique pour un stade IA, sauf point d'appel clinique évoquant une localisation métastatique ..5 points
- Le rythme des consultations est d'une tous les 6 mois pendant 10 ans, puis tous les ans à vie.............................5 points
- L'examen clinique comprend notamment l'examen de la cicatrice avec palpation (récidive).............................2 points
- et de la peau adjacente (métastases en transit) ....2 points
- la recherche d'un second mélanome (examen de l'ensemble du tégument)...2 points
- palpation des aires ganglionnaires ....3 points
- recherche de métastases à distance (foie, cerveau, os notamment)...3 points
- L'éducation du patient avec l'autosurveillance fait partie de la surveillance de celui-ci ....3 points
- L'examen de la famille au moins lors du diagnostic est indispensable. ....1 point

Question 6
21 points

Le patient vous demande des explications quant au diagnostic, et à l'espérance de survie (Il veut également des précisions quant à son espérance de survie à 5 ans).
Que lui dites-vous ?

- **Il faut expliquer au patient qu'il s'agit d'un cancer de la peau ....4 points**
- **qui peut donner des récidives....................3 points**
- **et dans certaines formes agressives ou de découverte tardives des lésions à distance (métastases) ....3 points**
- **Il faut le rassurer car le pronostic est bon vu le stade lors de la découverte de la tumeur (IA)....................3 points**
- **L'espérance de survie à 5 ans est supérieure à 95 %.......4 points**
- **Cependant, une surveillance à vie et une éviction des facteurs favorisants (soleil) est indispensable, car une récidive ou la survenue d'un second mélanome est possible ....4 points**

COMMENTAIRES

Le traitement et la surveillance clinique et paraclinique du mélanome de stade IA étant bien codifiés depuis la conférence de consensus, et compte tenu du fait qu'il s'agit du stade le plus fréquent, ce type de dossier est à connaître.

La technique du ganglion sentinelle (étude isotopique) permet de savoir si le relais ganglionnaire dont dépend la lésion maligne est atteint. Cette technique n'est pour l'instant pas réalisé en routine, et ne concerne que les mélanomes épais avec risque métastatique (au moins 1,5 mm en général).

Le bilan d'extension paraclinique pour un mélanome de Breslow ≤ 0,75 mm, n'est pas obligatoire en absence de signes cliniques évoquant une métastase. En pratique, il est cependant le plus souvent réalisé une radiographie pulmonaire et une échographie abdominale, qui serviront de référence, et ne seront pas à refaire dans le cadre de la surveillance.

Dossier 2

Pierre, 25 ans, consulte pour un prurit, insomniant, persistant depuis 2 mois.

Ses principaux antécédents sont une appendicectomie il y a 10 ans, et un tabagisme évalué à 5 paquets-années.

Question 1 Que recherchez-vous à l'interrogatoire ?

Question 2 Quel intérêt portez-vous à la recherche de lésions de grattage ? Qu'en attendez-vous ?

Question 3 Citez 4 types de lésions dermatologiques compatibles avec des lésions de grattage (primitive ou non)

Question 4 Lors de l'examen du patient, votre externe est surpris de votre examen des organes génitaux externes (OGE). Citez-lui 2 dermatoses prurigineuses avec lésions des organes génitaux externes, et des poignets notamment.

Question 5 Quel diagnostic doit-on craindre chez ce patient si l'on découvre une VS à 120 mm ?

Question 6 Vous prescrivez un traitement antiscabieux d'épreuve. Détaillez-le ? (vous ne choisissez pas le protocole *per os* avec le stromectol)

Question 7 Le traitement est un échec. Vous prescrivez un bilan. En attendant le bilan vous décidez de prescrire un traitement symptomatique. Que pouvez vous lui proposer ?

(pas de posologie)

Question 8 Le patient vous dit que son grand père présente également un prurit intense depuis 3 mois, malgré un traitement antiscabieux bien conduit, l'absence de xérose, et la normalité du bilan suivant : VS, bilan hépatique, urée, créatininémie, radiographie pulmonaire et échographie abdominale, TSH, glycémie, ferritinémie. Ses lésions cutanées se limiteraient à des lésions de grattage.

Quel diagnostic doit-on évoquer ? Que faites-vous (sans détailler le résultat) pour le confirmer ou l'infirmer ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
19 points

Que recherchez-vous à l'interrogatoire ?

- Mode de vie : habitation collective, foyer, hôtel ; célibataire, partenaire ; hygiène............................1+1+1 points
- Médicaments : topiques ; médicament per os ....1+1 points
- Séjour a l'étranger...1 point
- Localisation : diffus ou généralisé ....1+1 points
- Une localisation prédominante orientant vers une étiologie (organes génitaux externes, fesses, poignets, espaces interdigitaux)...1 point
- Aiguë ou chronique : date de début ....1 point
- Caractère collectif, familial du prurit ....2 points
- Facteurs déclenchant (médicament, stress, voyage, prurit à l'eau) ....1 point
- Variations nycthémerales ....1 point
- Apparition contemporaine ou décalée de lésions dermatologiques ....2 points
- Des signes généraux (fièvre, poids, sueurs) ....3 points

Question 2
13 points

Quel intérêt portez-vous à la recherche de lésions de grattage ? Qu'en attendez-vous ?

- Leur présence est importante ....2 points
- Pour orienter le diagnostic et la thérapeutique..................2 points
- Intensité du prurit (intérêt diagnostic et dans la prise en charge thérapeutique) ....2 points
- Localisation (localisée ou diffuse) ....1+1+1 points
- Lichénification orientant vers la chronicité des lésions.......2 points
- Mais l'absence de lésions de grattage n'exclu pas un prurit...2 points

Question 3
8 points

Citez 4 types de lésions dermatologiques compatibles avec des lésions de grattage (primitive ou non).

- Une lichénification (témoin de l'ancienneté).......................2 points
- Lésions de grattage « en coup d'ongle »...........................2 points
- Lésions de grattage linéaires ....2 points
- Lésions à type de prurigo ....2 points

Question 4
10 points

Lors de l'examen du patient, votre externe est surpris de votre examen des organes génitaux externes (OGE). Citez-lui 2 dermatoses prurigineuses avec lésions des OGE et des poignets notamment.

- Le lichen plan..5 points
- La gale..5 points

Question 5
10 points

Quel diagnostic doit-on craindre chez ce patient si l'on découvre une VS à 120 mm ?

- Un lymphome, notamment Hodgkinien ....10 points

Question 6
20 points

Vous prescrivez un traitement antiscabieux d'épreuve. Détaillez-le ? (vous ne choisissez pas le protocole *per os* avec le stromectol)

- Traitement local par lotion de benzoate de benzyl (ASCABIOL®) : ....4 points
  - o prendre un bain avec du savon en frottant les zones suspectes, puis badigeonner tout le corps encore humide, sauf le visage, avec un pinceau. ....1 point
  - o refaire une application 10 minutes après, puis 24 heures après ; laisser agir encore 24 heures et prendre une douche. Ne pas se laver pendant les 48 heures du traitement (possibilité de faire un protocole avec 2 applications de 24 heures avec lavage entre les 2 applications, voire une seule application de 24 heures pour certains) ....2 points
- DÉSINFECTER LE LINGE ET LES DRAPS............................3 points
  - o utilisés les 5 derniers jours...2 points
  - o en les mettant en machine à au moins 60°, ou en les mettant dans un sac pendant 48 heures avec un antiparasitaire type APHTIRIA® poudre ou A-PAR® aérosol ....1 point
- TRAITER ENTOURAGE ET PARTENAIRES, même asymptomatique, ...4 points
  - o EN MÊME TEMPS ....1 point
- Bilan MST ....2 points

Question 7
10 points

Le traitement est un échec. Vous prescrivez un bilan. En attendant le bilan vous décidez de prescrire un traitement symptomatique. Que pouvez vous lui proposer ? (pas de posologie)

- En cas de prurit justifiant un traitement symptomatique *per os*, le choix se porte sur les antihistaminiques (anti-H1) dit de 1re génération..3 points
- en raison de leur caractère sédatif (par exemple la dexchlophéniramine-POLARAMINE®), ou sur l'hydroxyzine (ATARAX®), qui est un anxiolytique sédatif et antiprurigineux ....1+1 points
- Il faut vérifier l'absence de contre indication liée à l'effet atropinique (glaucome, prostate)...1 point
- Et prévenir du risque de somnolence (pas de conduite).....1 point
- Les anti-H1 non sédatif (type CÉTIRIZINE-ZYRTEC®) sont *a priori* sans intérêt (il ne s'agit pas d'une urticaire !) ....1 point
- On peut associer un bain d'amidon quotidien....................1 point
- et l'utilisation d'émollient à volonté. ....1 point

Question 8
10 points

Le patient vous dit que son grand père présente également un prurit intense depuis 3 mois, malgré un traitement antiscabieux bien conduit, l'absence de xérose, et la normalité du bilan suivant : VS, bilan hépatique, urée, créatininémie, radiographie pulmonaire et échographie abdominale, TSH, glycémie, ferritinémie. Ses lésions cutanées se limiteraient à des lésions de grattage.

Quel diagnostic doit-on évoquer ? Que faites-vous (sans détailler le résultat) pour le confirmer ou l'infirmer ?

- Il faut évoquer une pemphigoïde bulleuse.........................4 points
- Le prurit chronique du sujet âgé doit faire éliminer une pemphigoide bulleuse pré-éruptive.
- La confirmation du diagnostique se fait par la réalisation d'une biopsie cutanée ....1 point
- Avec en cas de lésion cutanée, une biopsie cutanée pour examen anatomopathologique standard (fragment dans formol ou bouin) (bulle sous épidermique avec polynucléaires éosinophiles),.....................................1 point
- Et surtout un fragment en congélation pour examen anatomopathologique avec étude en immunofluorescence cutanée directe (dépots linéaires d'IgG et de C 3 à la jonction dermoépidermique). ....1 point
- On peut également rechercher une hyperéosinophilie sanguine ....2 points
- et des anticorps anti membrane basale sur un prélèvement sanguin (immunofluorescence indirecte)..............................1 point

COMMENTAIRES

En cas d'impétiginisation d'une gale, on débute toujours par le traitement de l'impétigo (antibiothérapie *per os*, bain antiseptique, application de pommade vaselinée pour faire chuter les croûtes, voire pommade antibiotique en fonction de la surface concernée et de l'aspect local) ; l'épaisseur des croûtes empêche la diffusion du produit, ce qui justifie une chute des croûtes au préalable. Le protocole thérapeutique *per os* avec le Stromectol – IVERMECTINE® – permettant cela dit de débuter le traitement antiscabieux dès le premier jour.

Les protocoles antiscabieux sont nombreux et aucun n'a fait la preuve de sa supériorité (ASCABIOL® 24 heures ou 48 heures, ou SPRÉGAL®, voire ASCABIOL® 24 heures à refaire 1 semaine après). Il est exclu que l'on vous demande de trancher à l'internat, donc apprenez un protocole et cela suffira.

Le traitement de la gale par IVERMECTINE® nécessite de peser au moins 15 kg, se prend en 1 prise unique, et trouve sa plus grande utilité lors d'épidémie, par exemple en maison de retraite. Ce traitement ne permet pas de se passer des mesures de désinfection du linge. En absence d'antiparasitaire l'isolement du linge contaminé pendant 7/10 jours permet une décontamination par mort des sarcoptes.

Enfin, se rappeler qu'il est banal de continuer à se gratter les jours suivants un traitement antiscabieux. Si les émollients ne suffisent pas, et en cas de traitement bien fait (car les autres hypothèses sont évidemment la recontamination et le traitement mal fait), on peut prescrire un dermocorticoïde de classe II pour quelques jours.

Devant un prurit chronique avoir, entre autres hypothèses, la hantise chez le jeune du lymphome, chez le vieux de la pemphigoïde bulleuse, et à tout âge de la gale.

Tout prurit chronique chez un sujet jeune nécessite d'éliminer un lymphome (se rappeler de l'histoire vraie de Nanni Moretti dans son film « journal intime »).

Dossier 

Mademoiselle L., 19 ans, consulte en juillet pour ce qu'elle pense être une acné inflammatoire du visage, qui évolue par intermittence depuis 3 ans. Après l'avoir examinée, vous retenez le diagnostic de rosacée.

Question 1 Sur quels arguments avez-vous conclu à ce diagnostic ?

Question 2 Vous comptez près d'une vingtaine de lésions pustuleuses. Que lui proposez-vous d'un point de vue thérapeutique en 1re intention (hors cosmétique).

Question 3 Elle vous demande ce que vous pensez de l'évolution future de sa maladie. Que lui répondez-vous ? (sans parler du traitement)

Question 4 Vous prescrivez un traitement *per* os. Que lui dites-vous quant à l'efficacité de ce traitement sur les différentes composantes de la rosacée ?

Question 5 15 jours après que vous lui ayez prescrit un traitement *per* os efficace, elle revient en urgence pour un érythème profus de la face, et des avant bras. Que suspectez-vous ? Et si l'éruption avait été diffuse et fébrile qu'auriez-vous suspecté ?

Question 6 Elle en profite pour vous demandez un avis thérapeutique sur l'ancienne (au moins 5 ans d'évolution) dermite séborrhéique de la face (ailes du nez et sourcils), que présente son père, âgé de 61 ans. Que répondez-vous, et que lui prescrivez-vous ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
13 points

Sur quels arguments avez-vous conclu à ce diagnostic ?

- L'élément le plus important en faveur de la rosacée est l'absence de comédons ouverts (points noirs) ....5 points

  Les autres arguments sont :
- les antécédents de flush du visage ....2 points
- une couperose ....2 points
- une gène oculaire (sécheresse oculaire, picotement, hyperhémie conjonctivale) ....2 points
- l'absence de localisation au tronc qui évoquerait une acné ....1 point
- la localisation médiofaciale épargnant les régions temporales ....1 point

Question 2
13 points

Vous comptez près d'une vingtaine de lésions pustuleuses. Que lui proposez-vous d'un point de vue thérapeutique en 1re intention (hors cosmétique).

- Le traitement est fonction de la demande de la patiente ...4 points
- après avoir exposé les effets indésirables des différents traitements ....1 point
- En cas de demande de la patiente, le traitement de première intention repose sur l'antibiothérapie per os ......2 points
- par cyclines (ex DOXYCYCLINE® 100 mg/jour) ....2 points
- Le traitement sera prolongé au moins 3 mois ....2 points
- Compte tenu de la période estivale, et du risque d'accident de photosensibilité avec les cyclines, il est indispensable de ne prescrire ce traitement que si la patiente accepte l'éviction solaire, et l'utilisation d'écran solaire avec indice de haute protection ....2 points

Question 3
16 points

Elle vous demande ce que vous pensez de l'évolution future de sa maladie. Que lui répondez-vous ? (sans parler du traitement)

- Il s'agit d'une dermatose bénigne, ...2 points
- dont la gène est uniquement esthétique.............................2 points
- Il faut prévenir la patiente qu'il n'existe pas de traitement pour la guérir définitivement, ...4 points
- Mais que les traitements permettent de traiter les poussées et d'en diminuer la fréquence. ....2+2 points
- La rosacée évolue par poussées, ...2 points
- le plus souvent imprévisible, mais éventuellement déclenchée par le stress, les infections, certains médicaments, les corticoides locaux. ....2 points

Question 4
15 points

Vous prescrivez un traitement *per os*. Que lui dites-vous quant à l'efficacité de ce traitement sur les différentes composantes de la rosacée ?

- **Les traitements *per os* par cyclines sont efficaces sur les éléments papulopustuleux, ...4 points**
- **et la gène oculaire...2 points**
- **En revanche ils sont sans effets sur la couperose ou les flushs..2 points**
- **Ce traitement permet de traiter les poussées, et d'en limiter la fréquence,.......................................2+2 points**
- **Mais il n'a qu'un effet suspensif ne permettant pas d'obtenir de guérison définitive ....3 points**

Question 5
17 points

15 jours après que vous lui ayez prescrit un traitement *per os* efficace, elle revient en urgence pour un érythème profus de la face, et des avant bras. Que suspectez-vous ? Et si l'éruption avait été diffuse et fébrile qu'auriez-vous suspecté ?

- **Le diagnostic à évoquer en priorité est un accident de photosensibilité ....3 points**
- **compte tenu de la période estivale et de la localisation en zones photoexposées de l'éruption.........................2+2 points**
- **Le fait que la patiente prenne un traitement efficace sur les lésions papulopustuleuses multiples évoque la prise de cyclines qui sont connues pour être photosensibilisant. 2 points**
- **Si l'éruption est fébrile et généralisée on suspecte une toxidermie à type de syndrome d'hypersensibilité aux cyclines, (ou DRESS) ....2+2 points**
- **en raison de délai compatible et d'une connaissance de ce type de toxidermie sous cyclines ....2+2 points**

Question 6
27 points

Elle en profite pour vous demandez un avis thérapeutique sur l'ancienne (au moins 5 ans d'évolution) dermite séborrhéique de la face (ailes du nez et sourcils), que présente son père, âgé de 61 ans. Que lui répondez-vous, et que lui prescrivez-vous ?

- **Il faut expliquer au patient que l'indication d'un traitement est esthétique, ...2 points**
- **Et que le traitement n'est que suspensif. ....2 points**
- **il faudra choisir le traitement (ou l'abstention) adapté à la demande de celui-ci...4 points**
- **en fonction de la gène ressentie ....1 point**
- **et de celle occasionnée par l'utilisation régulière d'un traitement topique. ....1 point**

- Le traitement n'empêchera pas une récidive,....................... 1 point
- notamment en cas de stress, d'éthylisme, ou de prise de certains médicaments. .... 1 point
- Le traitement de première intention est local. .... 3 points
- On peut proposer en première intention des antifongiques topiques .... 3 points
  - o crème en application quotidienne, et/ou shampooing ou gel moussant 2 fois par semaine)................................... 1 point
  - o par exemple Kétoconazole ou Ciclopiroxolamine. .... 3 points
- associés à des crèmes émollientes. .... 1 point
- Les dermocorticoïdes ne sont pas prescrits en 1re intention et sont à éviter .... 3 points
  - o Ils sont efficaces sur la dermite séborrhéique mais ils sont responsables d'un effet rebond, d'une corticodépendance, et d'effets secondaires. On les réservera aux poussées très inflammatoires, ou résistantes aux traitements de première intention. On prescrira alors un dermocorticoïde de classe 3, voire 2 si ce traitement est insuffisant .... 1 point

COMMENTAIRES

Un traitement topique par Metronidazole crème sera très probablement insuffisant vu le nombre de lésions.

On prescrit également des cosmétiques pour peau sensible (eau thermale, crème, lotion démaquillante). Il faudra éviter les manipulations des lésions, l'alcool, les dermocorticoides (risque de poussée).

Les 2 principales causes de poussée inflammatoire de rosacée sont la corticothérapie et le stress.

Se rappeler que dans ce type de pathologie bénigne, il est indispensable d'expliquer au patient les bénéfices et inconvénients des différents traitements, afin qu'il oriente notre choix thérapeutique en fonction de la gène occasionnée par ses problèmes dermatologiques... ainsi, du fait des contraintes liées au traitement, nombre de patients réalisent une obstention thérapeutique du fait du peu de gène occasionnée par les problèmes dermatologiques.

Dossier 

Betty, 1 mois est amenée en consultation par sa maman pour une lésion cutanée angiomateuse située au niveau du sourcil gauche (1/3 externe). La lésion mesure environ 0,5 cm de diamètre, et augmente progressivement de taille depuis son apparition.

Betty est par ailleurs en excellent état général, et son carnet de santé ne révèle aucune anomalie, ni aucun antécédent.

Question 1 Que recherchez-vous à l'interrogatoire ? Dans quel but ? Limitez-vous à l'examen dermatologique et aux éléments les plus importants.

Question 2 Que recherchez-vous à l'examen clinique ? Pourquoi ? Limitez-vous à l'examen dermatologique et aux éléments les plus importants.

Question 3 Vous concluez à un hémangiome typique, et apparemment non compliqué. Quelles explorations paracliniques préconisez-vous dans ce cas ? Quelle attitude thérapeutique avez-vous ce jour au vu de cette description ?

Question 4 Sa maman vous demande de lui parler des possibles complications. Que lui dites-vous ? Ne pas rentrer dans les détails ou dans les traitements des complications.

Question 5 Vous décidez de lui préciser schématiquement l'évolution habituelle de cet angiome. Que lui dites-vous ? (Maximum 10 lignes). Ne parlez que de l'évolution la plus classique, et épargnez lui les complications que vous avez citées à la question 4 (sauf s'il s'agit de la forme évolutive la plus fréquente).

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
20 points

Que recherchez-vous à l'interrogatoire ? Dans quel but ? Limitez-vous à l'examen dermatologique, et aux éléments les plus importants.

- L'évolutivité .... 1 point
  - o avec la date d'apparition .... 1 point
  - o la vitesse de croissance de la lésion. .... 2 points
  - o la notion d'intervalle libre entre la naissance et le développement de la tumeur évoque un hémangiome. .... 1 point
- Les signes de gravité : .... 2 points
  - o douleurs .... 1 point
  - o ulcérations .... 1 point
  - o saignements .... 1 point
  - o ptose palpébrale avec risque de diplopie, ou d'amblyopie. .... 1 point
  - o une croissance rapide, des signes hémorragiques devant faire évoquer un syndrome de Kasabach-Meritt .... 3 points
- Les signes orientant vers une des étiologies de lésion angiomateuse .... 1 point
  - o majoration du volume de la lésion lors de la déclivité ou des pleurs (évoquant un angiome veineux ou malformation capillaroveineuse), ... 1+1 points
  - o une poussée inflammatoire évoquant un lymphangiome kystique .... 1 point
  - o antécédents angiomateux ou neurologiques personnels ou familiaux .... 1 point
- La présence d'autres lésions angiomateuses .... 1 point

Question 2
22 points

Que recherchez-vous à l'examen clinique ? Pourquoi ? Limitez-vous à l'examen dermatologique et aux éléments les plus importants.

- Les signes de gravité .... 2 points
  - o ulcérations .... 1 point
  - o douleurs .... 1 point
  - o occlusion palpébrale .... 4 points
  - o saignements .... 1 point
- Les signes orientant vers une des étiologies de lésion angiomateuse .... 2 points
  - o le caractère plan, ou sous cutanée, ou saillant. .... 1+1 points
  - o le souffle à l'auscultation ou le thrill à la palpation évoquent une malformation artérioveineuse (MAV) .... 2+2 points
  - o la consistance dure orientant vers une tumeur non angiomateuse, ... 1 point

o la consistance élastique avec composante tubéreuse (tumeur saillante rouge vif, posée sur la peau, avec consistance grenue « fraise »), sous cutanée (masse sous cutanée parfois bleutée), ou mixte évoquant un hémangiome ....2 points
o La chaleur locale peut être discrètement augmentée dans l'hémangiome, et de façon plus nette dans la MAV 1
- Schéma daté taille et photos pour la surveillance ....2 points

Question 3
20 points

Vous concluez à un hémangiome typique, et apparemment non compliqué. Quelles explorations paracliniques préconisez-vous dans ce cas ? Quelle attitude thérapeutique avez-vous ce jour au vu de cette description ?

- Aucun examen paraclinique n'est nécessaire en cas d'hémangiome typique, non compliqué cliniquement. ....5 points
- L'attitude thérapeutique dans ce cas est l'abstention thérapeutique ....5 points
- et la surveillance. ....5 points
- Il faudra préciser aux parents les complications qui justifient une consultation en urgence. ....3 points
- Rassurer ....2 points

Question 4
18 points

Sa maman vous demande de lui parler des possibles complications. Que lui dites-vous ? Ne pas rentrer dans les détails ou dans les traitements des complications.

- Il faut expliquer que les formes compliquées sont rares (seuls 5 % des hémangiomes se compliquent, toutes localisation confondues.) ....3 points
- Les principales complications sont :
  o la nécrose, ...2 points
  o les ulcérations douloureuses, ...2 points
  o la surinfection, ...2 points
  o les saignements, ...2 points
  o les séquelles esthétiques, ...2 points
  o et surtout vu la localisation le risque de cécité ....5 points

Question 5
20 points

Vous décidez de lui préciser schématiquement l'évolution habituelle de cet angiome. Que lui dites-vous ? (Maximum 10 lignes). Ne parlez que de l'évolution la plus classique, et épargnez lui les complications que vous avez citées à la question 4 (sauf s'il s'agit de la forme évolutive la plus fréquente).

- L'évolution la plus classique d'un hémangiome se fait en 3 phases : .... 2 points
- une phase de croissance .... 2 points
  - o maximale dans les 3 premiers mois, durant habituellement jusqu'au 8e mois. Il est alors constaté habituellement un doublement du volume dans 80 %), ... 1 point
- une phase de stagnation .... 2 points
  - o jusqu'à environ 18 mois.. 1 point
- puis une phase d'involution de la tumeur .... 2 points
  - o avec un blanchiment central de la lésion tubéreuse et affaissement de la composante sous cutané .... 2 points
  - o La composante sous cutané peut laisser une petite cicatrice fibro-adipeuse avec un aspect de peau lâche, fripée, qui peut être définitif.. 2 points
- Il faut rassurer la maman.. 3 points
- en lui expliquant que dans la grande majorité des cas (80 %) la régression est totale à 7 ans, ... 1 point
- et que les formes compliquées citées à la question 4/ ne représentent que 5 % des hémangiomes. .... 2 points

COMMENTAIRES

Le syndrome de Kasabach-Meritt est une complication possible d'un angiome en touffe ou d'un hémangioendothéliome kaposiforme et non pas d'un hémangiome. Il s'agit d'une complication grave avec coagulation intravasculaire, thrombopénie.

Penser à rechercher un stridor (localisation ORL).

Penser à rechercher une dyspnée (un épuisement) notamment lors de la tétée ce qui évoque une malformation artério-veineuse (angiome artério-veineux à haut débit) avec insuffisance cardiaque par hémodétournement.

L'occlusion palpébrale et la limitation du champ visuel peuvent en quelques jours être responsable d'une amblyopie définitive, ou d'une cécité.

Dossier 

Madame P, 22 ans, danseuse, est hospitalisée pour un œdème inflammatoire de la jambe gauche (prédominant sur la face antérieure) survenue progressivement en 48 heures Celui-ci est associé depuis 24 heures à une fièvre à 38,5 °C avec frissons.

Question 1 Quel est le diagnostic le plus probable ?

Question 2 Citez les diagnostics différentiels qui vous semblent les plus importants à éliminer.

Question 3 Que recherchez-vous à l'interrogatoire ?

Question 4 Que recherchez-vous à l'examen clinique ?

Question 5 Quel bilan paraclinique réalisez-vous si vous jugez que son état justifie une hospitalisation ? (argumentez)

Question 6 Vous jugez qu'un traitement parentéral est nécessaire ; quel traitement proposez-vous ? (hors surveillance)

Question 7 Quelle sera votre surveillance ?

Question 8 Alors que le patient est apyrétique, et que l'aspect de sa jambe s'est nettement amélioré, 48 heures après le début du traitement parentéral survient une éruption maculopapuleuse diffuse, qui vous fait porter le diagnostic de toxidermie. Que proposez-vous au patient ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
5 points

Quel est le diagnostic le plus probable ?

- Dermohypodermite bactérienne aiguë ou érysipèle non compliqué de la jambe gauche.
  Ce diagnostic est évoqué devant un œdème dermohypodermique inflammatoire prédominant sur la face antérieure de jambe survenu dans un contexte septique aigu. ....5 points

Question 2
10 points

Citez les diagnostics différentiels qui vous semblent les plus importants à éliminer.

Devant un œdème inflammatoire fébrile d'un membre inférieur toujours penser à éliminer :

- la phlébite du membre inférieur gauche (mais les frissons et la prédominance de l'œdème face antérieure de jambe n'évoquent pas ce diagnostic.) ....5 points
- l'hypodermite (ou la fasciite) nécrosante ....5 points

Question 3
20 points

Que recherchez-vous à l'interrogatoire ?

- L'interrogatoire a pour but de rechercher des arguments en faveur du diagnostic, d'éliminer les diagnostics différentiels, et de rechercher des signes de gravité ....1+1+1 points
- Terrain du patient : ....2 points
  - o antécédents personnels et familiaux thrombo-emboliques, 1 point
  - o de diabète, ...1 point
  - o d'érysipèle, ...1 point
  - o de lymphœdème, d'insuffisance veineuse (impression de lourdeur et d'œdème des chevilles en fin de journée), profession (station debout prolongée, plaie post traumatique). ....1 point
- Rechercher une porte d'entrée infectieuse (plaie du pied ou de la jambe, intertrigo interorteil, piqûre d'insecte) .....2 points
- Rechercher une douleur thoracique, ou une dyspnée orientant vers une pathologie thromboembolique ....2 points
- Caractère ascendant ou descendant de l'éruption. L'évolution descendante à partir du genou orientant vers un hygroma surinfecté staphylococcique du genou .....1 point
- Faire préciser les traitements déjà entrepris (antibiothérapie ayant pu « décapiter » l'infection)..........2 points,
  - o ou traitements locaux ou généraux aggravants un processus infectieux (AINS, corticothérapie)............1+1 points
- Ne pas oublier de rechercher une allergie médicamenteuse pour guider le choix thérapeutique ....2 points

Question 4 Que recherchez-vous à l'examen clinique ?

21 points

L'examen clinique a également pour but de rechercher des arguments pour affirmer le diagnostic, éliminer les diagnostics différentiels, et rechercher les signes de gravité :

- Confirmation du diagnostic : ....1 point
  - o recherche d'un bourrelet en périphérie de l'œdème inflammatoire en faveur d'un érysipèle, ...1 point
  - o recherche d'une porte d'entrée infectieuse ....2 points
  - o pour guider l'antibiothérapie et les éventuels prélèvements, (plaie ou intertrigo inter orteil), rechercher un terrain prédisposant (signes d'insuffisance veineuse, lymphœdème) ....1 point
  - o présence ou non d'adénopathies,..................................1 point
  - o d'une lymphangite notamment de la face interne de la cuisse...1 point
  - o importance du diamètre du mollet ainsi que des limites (dessin au feutre et/ou photo) supérieures et inférieures de l'éruption pour le suivi..1 point
- Rechercher des arguments pour une phlébite : ....1 point
  - o douleurs et œdème inflammatoire essentiellement du mollet, ...1 point
  - o recherche d'un cordon induré,..1 point
  - o d'un signe de Homans, ...1 point
  - o d'une embolie pulmonaire (polypnée, pleurésie, tachycardie). ....1 point
- Rechercher des signes de gravité évoquant une complication : ....1 point
  - o recherche des arguments pour une cellulite ou une fasciite nécrosante :..2 points
    - plage de nécrose, ...1 point
    - crépitants sous cutanés,..1 point
    - marbrures,..1 point
    - choc septique (hypotension, pouls filant, marbrures)......1 point
    - lésions bulleuses..1 point
- Rechercher une eczématisation secondaire à l'application de topique par le patient. ....NC

Question 5
9 points

Quel bilan paraclinique réalisez-vous si vous jugez que son état justifie une hospitalisation ? (argumentez)

- Bilan inflammatoire : NFS, VS, CRP ....1+1+1 points
- Ionogramme sanguin avec urée, créatininémie,..................1 point
- Glycémie ....1 point
- 3 hémocultures à 1 heure d'intervalle avant antibiothérapie, bien que celles-ci soient rarement positives. ....1 point
- Prélèvement de la porte d'entrée : prélèvement mycologique en cas d'intertrigo, ponction ou écouvillon sur une lésion bulleuse pour examen bactériologique.......2 points
- Echo-Doppler veineux en cas de suspicion de phlébite mais non systématique...1 point
- La radiographie pulmonaire faite en pratique chez tout patient hospitalisé n'a pas pour but de rechercher une porte d'entrée infectieuse pulmonaire, car la porte d'entrée est locale. ....NC

Question 6
14 points

Vous jugez qu'un traitement parentéral est nécessaire ; quel traitement proposez-vous ? (hors surveillance)

- Hospitalisation
- Antibiothérapie active sur le streptocoque A β hémolytique. ....2 points
- Par exemple : Péni G 3 000 000 d'Unités 6 fois par jour ou Amoxicilline 1 gr 4 fois par jour..................................2 points
- En IV initialement, puis relai *per os* après 48 heures d'apyrexie et d'évolution locale satisfaisante. ....1 point
- Durée totale d'environ 15 jours...1 point
- Jambe surélevée pour diminuer l'œdème,..........................2 points
- Bande de contention élastique dès la station debout à poursuivre pendant plusieurs semaines pour éviter un lymphoedème secondaire, source de récidive. ....2 points
- Anticoagulation préventive uniquement en cas de facteurs de risque thrombo emboliques associés............................2 points
  Absence d'intérêt à l'antiseptie locale en cas de simple œdème inflammatoire de la jambe sans plaie. ....NC
- Traitement de la porte d'entrée (ulcère, intertrigo) ....2 points

PS : en absence de signes de gravité, l'érysipèle peut être traité en ville *per os*, sans bilan paraclinique

Question 7
15 points

Quelle sera votre surveillance ?

- Surveillance de l'efficacité : ....1 point
  - o apyrexie stable, ...1 point
  - o diminution du syndrome inflammatoire (NFS, VS, CRP),.1 point
  - o diminution des signes locaux (œdème, importance du marquage des limites supérieures et inférieures initialement), ...1 point
  - o traitement de la porte d'entrée. ....1 point
- Surveillance d'une complication du traitement :..................1 point
  - o toxidermie (lésions cutanéomuqueuses),.........................1 point
  - o lymphangite, ...1 point
  - o ou de l'alitement : phlébite des membres inférieurs, embolie pulmonaire (douleur thoracique, dyspnée, tachycardie).....1 point
- Surveillance d'une complication de la maladie :.................1 point
  - o extension...1 point
  - o cellulite ou fascite nécrosante avec recherche de signes locaux (lésions bulleuses, extension, nécrotiques, livédoides), et d'un mauvais état hémodynamique (pouls filant, marbrures, hypotension) ....1+1+1 points
  - o à moyen et long terme lymphoedème secondaire, source de récidive, ou d'ulcère de jambe. ....1 point
- Surveillance de l'observance thérapeutique. ....NC

Question 8
6 points

Alors que le patient est apyrétique, et que l'aspect de sa jambe s'est nettement amélioré, 48 heures après le début du traitement parentéral survient une éruption maculopapuleuse diffuse, qui vous fait porter le diagnostic de toxidermie. Que proposez-vous au patient ?

- L'aspect de la dermohypodermite s'étant amélioré, un traitement *per os* peut être proposé.
- En cas d'allergie aux β lactamines on peut utiliser de la Pristinamycine (PYOSTACINE®) 1 g x 3 par jour *per os*, de préférence à des macrolides...4 points
- Il est important de remettre au patient une carte l'identifiant comme ayant fait une toxidermie, et qui contre-indique définitivement la reprise de l'antibiotique suspecté. ....2 points

COMMENTAIRES

Les points importants lors de la prise en charge d'un érysipèle sont :

- ne pas passer à coté d'une phlébite ou d'une cellulite ou fasciite nécrosante, mais tout érysipèle de la ne nécessite pas un doppler veineux pour éliminer une phlébite. Un œdème inflammatoire fébrile face antérieur de la jambe n'évoque pas une phlébite !

- la fasciite nécrosante est une urgence médicochirurgicale, qui justifie la prise en charge en réanimation d'un fait du choc septique. Indépendant des signes locaux suspects, la prise en charge en réanimation et en chirurgie doit toujours être évoqué en cas de mauvais état hémodynamique (marbrures, pouls filant...)

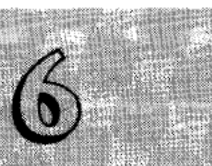
- dépistage et traitement de la porte d'entrée

- penser à éviter les complications à moyen et long terme (contention et surélévation pour diminuer le lymphoedeme secondaire, prise en charge de la porte d'entrée...)

- la conférence de consensus sur la prise en charge de l'érysipèle autorise le traitement ambulatoire *per os* en absence de signes de gravité, par Pristinamycine notamment. Elle rappelle également que l'anticoagulation efficace ou préventive n'est pas justifiée systématiquement en absence d'argument ou de facteur de risque, de même que le doppler veineux.

La réponse à la question « quelle sera votre surveillance » peut toujours en médecine être subdivisée comme indiqué ci dessous afin de ne pas oublier des éléments importants :

1. surveillance de l'efficacité du traitement
2. surveillance des complications du traitement
3. surveillance d'une complication de la maladie
4. surveillance de l'observance thérapeutique

Dossier 

Mademoiselle A, âgée de 13 ans, vous consulte en raison de l'apparition il y a 3 semaines d'une lésion isolée, annulaire, prurigineuse, d'environ 3 cm de diamètre sur le dos de la main gauche.

Il s'agit d'une lésion légèrement squameuse, à contour net, avec un centre rosé donnant une impression de guérison centrale. Vous ne retrouvez pas d'autres lésions du même type sur le reste du tégument.

Question 1 Que recherchez-vous à l'interrogatoire pour orienter le diagnostic ?

Question 2 Quel est le diagnostic le plus probable ?

Question 3 Quels sont les principaux diagnostics différentiels ?

Question 4 Quelle est l'étiologie la plus fréquente ?

Question 5 Quelle est la conduite à tenir dans l'hypothèse du diagnostic le plus probable ? (en dehors du traitement que Mlle A devra effectuer pour ses lésions)

Question 6 Quel traitement proposez-vous à Mlle A ?

Question 7 Vous la revoyez 1 mois plus tard avec une dizaine de lésions. Vous ne remettez pas en cause votre diagnostic, mais quelles sont vos hypothèses ?

Question 8 Quel traitement proposez-vous dans ce cas ?

Question 9 Quels conseils donnez-vous avec ce traitement ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
12 points

Que recherchez-vous à l'interrogatoire pour orienter le diagnostic ?

- Notion d'extension centrifuge, ...2 points
- avec guérison centrale ....2 points
- Antécédents dermatologiques personnels et familiaux (eczéma, psoriasis, intertrigo, teigne). ....2 points
- Cas identiques personnels ou dans l'entourage ....2 points
- Faire préciser les traitements déjà utilisés localement ou per os (durée, posologie) ....2 points
- Rechercher un contact avec des animaux (notamment chatons, chiots, lapins) malades ou non.........2 points

Question 2
10 points

Quel est le diagnostic le plus probable ?

- Le diagnostic le plus probable est une dermatophytie de la peau glabre (herpès circiné) ....10 points

Question 3
12 points

Quels sont les principaux diagnostics différentiels ? 12 points

- Un eczéma annulaire, ...5 points
- un psoriasis annulaire, ...5 points
- un médaillon initial d'un pityriasis rosé de Gibert ....NC (bien que ce diagnostic soit moins probable du fait de la lésion sur le dos de la main. Habituellement les lésions et le médaillon initial siègent sur le tronc et les racines des membres supérieurs). ....2 points

Question 4
10 points

Quelle est l'étiologie la plus fréquente ?

- Le dermatophyte le plus fréquemment retrouvé est *Microsporum canis* ....10 points

Question 5
17 points

Quelle est la conduite à tenir dans l'hypothèse du diagnostic le plus probable ? (en dehors du traitement que Mlle A devra effectuer pour ses lésions)

- Identifier si possible le porteur pour le traiter (chiot – chaton – humain plus rarement) ....5 points
- Inspecter à l'œil nu et à l'aide d'une lampe de Wood .....3 points
- Les autres régions pouvant être touchées (peau glabre, plis, ongles, rechercher une teigne du cuir chevelu dans l'entourage). ....1+1+1+1 points
- Le prélèvement est souhaitable mais non obligatoire pour identifier le type de dermatophyte. ....5 points

Question 6
15 points

Quel traitement proposez-vous à Mlle A ?

- Traitement par antifongique ....2 points
- Pendant 3 semaines...3 points
- Avec un imidazolé local ....3 points
- à raison de 1 à 2 applications par jour selon le produit choisi (par exemple DAKTARIN, PEVARYL, KETODERM)...2 points
- Traitement de l'entourage symptomatique et des animaux (visite vétérinaire si besoin). ....5 points

Question 7
8 points

Vous la revoyez 1 mois plus tard avec une dizaine de lésions. Vous ne remettez pas en cause votre diagnostic, mais quelles sont vos hypothèses ?

- une recontamination du fait du contact avec un porteur non traité (animal, plus rarement humain).........................3 points
- une non observance thérapeutique ....3 points
- la présence de lésions non vues lors de la précédente consultation...2 points

Question 8
16 points

Quel traitement proposez-vous dans ce cas ?

- En cas de lésions multiples et/ou inflammatoires on prescrira :..8 points
  - o un traitement per os...2 points
  - o pendant un mois ....3 points
  - o avec de la Griséfuline..3 points

Question 9
8 points

Quels conseils donnez-vous avec ce traitement ?

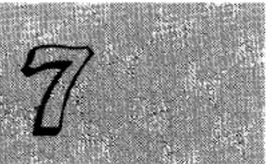
- La prise de Grisefuline nécessite un fractionnement en 2 ou 3 prises par jour ....3 points
- Une prise avec un aliment gras (type petit suisse) ....1 point
- Éviter l'exposition solaire pendant la durée du traitement...2 points
- Consulter en urgence en cas notamment de fièvre, ou de rash cutané..1 point
- Prévenir du risque de diarrhée ....1 point

COMMENTAIRES

Penser à expliquer que sous Grisefuline, il faudra de ne pas boire d'alcool, éviter le soleil, et avoir une contraception efficace... mais surtout penser à adapter vos réponses à la situation clinique (les rappels sur la contraception ou sur la prise d'alcool ne sont pas vraiment pas souhaitables dans le cas d'un garçon de 7 ans... « erreurs » malheureusement notées dans de nombreux dossiers lors de la correction d'un concours blanc national...).

Le traitement par la terbinafine (LAMISIL®) n'a pas encore d'AMM chez l'enfant.

Dossier



Mme T, 37 ans, consulte pour des plaques d'alopécie évoluant depuis 1 mois.
Il s'agit d'une alopécie cicatricielle.

Question 1 Sur quels arguments évoquez-vous une alopécie cicatricielle ?

Question 2 Elle présente également des lésions endobuccales (en sachant que l'aspect n'est pas celui de la maladie évoquée à la question 6/). Quels sont les 2 diagnostics que vous évoquez en priorité ?

Question 3 En vous limitant aux lésions du cuir chevelu, citer 2 éléments sémiologiques communs à ces 2 diagnostics, ainsi que 2 éléments qui diffèrent pour ces 2 diagnostics.

Question 4 Vous évoquez le diagnostic de lichen plan. Que recherchez-vous (sans détailler) à l'examen, et à l'interrogatoire en faveur de ce diagnostic ? Détaillez la description de l'atteinte cutanée.

Question 5 Quel examen serait le plus pertinent pour avancer dans le diagnostic ?

Question 6 Si elle avait présenté une alopécie non cicatricielle faite de 5 plaques clairsemées, non squameuses, non érythémateuses, ainsi que des lésions papuleuses érythémato-squameuses palmoplantaires, et des plages de dépapillation circonscrite de la langue quel diagnostic auriez-vous évoqué ? Quel bilan prescririez-vous en 1re intention devant cet aspect ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
10 points

Sur quels arguments évoquez-vous une alopécie cicatricielle ?

- L'alopécie cicatricielle est définie par un aspect fibreux cicatriciel de la peau..3 points
  - o avec absence d'orifice folliculaire en regard de la zone d'alopécie...5 points
- Il peut être également noté une dyschromie, une inflammation, un aspect scléreux, des lésions pustuleuses, érosives ou bulleuses...1+1 points

Question 2
10 points

Elle présente également des lésions endobuccales (en sachant que l'aspect n'est pas celui de la maladie évoquée à la question 6/). Quels sont les 2 diagnostics que vous évoquez en priorité ?

- Lichen plan ....5 points
- Lupus érythémateux chronique ....5 points

Question 3
18 points

En vous limitant aux lésions du cuir chevelu, citer 2 éléments sémiologiques communs à ces 2 diagnostics, ainsi 2 éléments qui diffèrent pour ces 2 diagnostics.

- L'hyperkératose folliculaire et l'aspect érythémateux des plaques sont des éléments communs à ces 2 diagnostics ....5+5 points
- Dans le lupus cutané chronique l'érythème est essentiellement en bordure des plaques ....2 points
  - o et l'extension est centrifuge ....2 points
- Dans le lichen plan, le prurit est souvent majeur ....2 points
  - o et l'érythème est plus diffus ....2 points

Question 4
18 points

Vous évoquez le diagnostic de lichen plan. Que recherchez-vous (sans détailler) à l'examen, et à l'interrogatoire en faveur de ce diagnostic ? Détaillez la description de l'atteinte cutanée.

- En faveur du lichen plan on recherchera la présence de lésions prurigineuses..5 points
- Les localisations à rechercher sont : la peau, le cuir chevelu, la muqueuse buccale, génitale, l'atteinte unguéale ....1+1+1+1+1 points
- Les localisations cutanées privilégiées sont la face antérieure des poignets, des avants bras, des membres inférieurs, la région lombaire. ....1+1 points

L'atteinte de la muqueuse buccale est la localisation la plus fréquente du lichen plan.

- La lésion cutanée élémentaire est une papule ferme, polygonale, brillante à jour frisant, de surface plane de 1 à 3 mm. La lésion est parcourue de fines stries grisâtres ou stries de Wickhman. ....3 points
- Les lésions peuvent rester isolées, confluer ou se disposer linéairement selon une strie de grattage (phénomène de Köebner)..2 points
- L'absence d'argument en faveur d'un autre diagnostic......1 point

Question 5
12 points

Quel examen serait le plus pertinent pour avancer dans le diagnostic ?

- L'examen le plus important devant une alopécie cicatricielle est la biopsie cutanée......................................5 points
- pour examen anatomopathologique ....5 points
- permettant de confirmer l'aspect cicatriciel, et d'orienter vers une des étiologies ....1+1 points

Question 6
14 points

Si elle avait présenté une alopécie non cicatricielle faite de 5 plaques clairsemées, non squameuses, non érythémateuses, ainsi que des lésions papuleuses érythémato-squameuses palmoplantaires, et des plages de dépapillation circonscrite de la langue quel diagnostic auriez-vous évoqué ? Quel bilan prescririez-vous en 1re intention devant cet aspect ?

- Une syphilis secondaire...3+3 points
- Le diagnostic est confirmé par les sérologies syphilitiques :..2 points
  - o TPHA et VDRL ....3+3 points

COMMENTAIRES

Le lupus systémique n'induit habituellement qu'une alopécie diffuse non cicatricielle.

Le lichen plan buccal est le plus souvent asymptomatique, en dehors des formes érosives ou bulleuses, et siège principalement sur les muqueuses jugales postéro-inférieures, ou sur le dos de la langue. L'aspect réticulé est le plus fréquent. Il s'agit de stries blanchatres en « feuille de fougère ». Les autres formes sont l'aspect papuleux en plaques (dos de la langue notamment), l'aspect atrophique, et les formes érosives et bulleuses.

Le lupus donne des ulcérations endobuccales, des chéilites érosives.

La réalisation d'une sérologie syphilis FTA n'a aucun intérêt dans la syphilis secondaire.

Dossier 

Alors que vous êtes de garde, vous recevez aux urgences monsieur P., 37 ans, pour des lésions purpuriques des membres inférieurs apparues il y a quelques heures.

Question 1 Citez sans argumenter 3 diagnostics qui vous semblent importants à évoquez dans l'urgence.

Question 2 Les signes cliniques de gravité sont absents. Citer l'examen paraclinique le plus important pour orienter le diagnostic étiologique. Que recherchez-vous ? (expliquer brièvement l'intérêt)

Question 3 Le résultat de cet examen est anormal. Que devez vous faire ou vérifier auprès du laboratoire pour confirmer l'anomalie ?

Question 4 Cet examen est normal. Quels sont les éléments cliniques qui auraient pu vous orienter initialement vers la normalité de cet examen ?

Question 5 Que recherchez-vous à l'examen clinique devant ce type de purpura ? (hors interrogatoire)

Question 6 Le bilan ci-dessous (pourtant très, voire trop, approfondi) que votre interne a réalisé est incomplet. Que manque-t-il d'important devant ce type de purpura ?

Biopsie cutanée (histologie standard et immunofluorescence), NFS, VS, électrophorèse et immunoélectrophorèse des protéines sériques, CRP, FAN, ANCA, cliché pulmonaire, cryoglobuline, bilan hépatique, sérologie HBV et HCV, hémocultures, échographie cardiaque.

Question 7 Quelques mois plus tard, vous recevez aux urgences une grand-mère vivant seule de 89 ans pour un purpura s'aggravant progressivement depuis quelques semaines, sur les membres et le tronc. Il s'y associe des placards écchymotiques des cuisses, une gingivorragie, une modification des cheveux. Le purpura est folliculaire. Le bilan (RP, NFS, VS, plaquettes, FAN bilan hépatique et rénal, cryoglobuline, ANCA) est normal en dehors d'une anémie par carence martiale et en folate.

Citez le diagnostic que vous évoquez.

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
15 points

Citez sans argumenter 3 diagnostics qui vous semblent importants à évoquez dans l'urgence.

> Devant tout purpura récent il faut éliminer :
> - une méningite avec purpura fulminans ....5 points
> - un purpura thrombopénique ....5 points
> - une endocardite ....5 points

Question 2
10 points

Les signes cliniques de gravité sont absents. Citer l'examen paraclinique le plus important pour orienter le diagnostic étiologique. Que recherchez-vous ? (expliquer brièvement l'intérêt)

> - la numération plaquettaire ....5 points
> - pour éliminer un purpura thrombopénique, à différencier d'un purpura vasculaire (vascularite) avec numération plaquettaire normale ....5 points

Question 3
10 points

Le résultat de cet examen est anormal. Que devez vous faire ou vérifier auprès du laboratoire pour confirmer l'anomalie ?

> - Devant toute thrombopénie il faut vérifier que la thrombopénie n'est pas liée à un agrégat plaquettaire en demandant : ....4 points
> - Un frottis pour rechercher des agrégats plaquettaires ......3 points
> - Un prélèvement de contrôle sur tube citraté......................3 points

Question 4
19 points

Cet examen est normal. Quels sont les éléments cliniques qui auraient pu vous orienter initialement vers la normalité de cet examen ?

> - Le purpura vasculaire est infiltré, ...2 points
> - suspendu, ...1 point
> - polymorphe ....2 points
> - (lésions maculeuses, papuleuses, pustuleuses, nécrotiques, urticariformes, ulcérées) ....1+1+1+1+1+1 points
> - Alors que le purpura thrombopénique est évoqué devant des lésions hémorragiques intrabuccales, ...2 points
> - bulles hémorragiques, saignements, gingivorragies ....1+1+1 points
> - ou des placards écchymotiques ....1 point
> - non infiltrés ....2 points

Question 5
26 points

Que recherchez-vous à l'examen clinique devant ce type de purpura ? (hors interrogatoire)

- **Les signes témoins d'une atteinte cardio-vasculaire et/ou rénale : ....2+2 points**
  - **o Hypertension artérielle,..1 point**
  - **o œdème des membres inférieurs, voire anasarque, dyspnée..1+1 points**
- **L'atteinte digestive : ....2 points**
  - **o douleurs abdominales,..1 point**
  - **o rectorragies,..1 point**
  - **o défense et contracture abdominale..1 point**
- **La fièvre..2 points**
  - **o pouvant témoigner d'une endocardite (souffle), d'une méningite (syndrome méningé), d'une septicémie..1+1 points**
- **Signes neurologiques..2 points**
  - **o périphériques (périartérite noueuse)..1 point**
  - **o ou centraux (vascularite cérébrale) ....1 point**
- **Des lésions cutanées..2 points**
  - **o nécrotiques, ulcérées, douloureuses ....1+1+1 points**
  - **o un livédo ....1 point**

Question 6
10 points

Le bilan ci-dessous (pourtant très, voire trop, approfondi) que votre interne a réalisé est incomplet. Que manque-t-il d'important devant ce type de purpura ?

Biopsie cutanée (histologie standard et immunofluorescence), NFS, VS, électrophorèse et immunoélectrophorèse des protéines sériques, CRP, FAN, ANCA, cliché pulmonaire, cryoglobuline, bilan hépatique, sérologie HBV et HCV, hémocultures, échographie cardiaque.

- **Il manque le bilan rénal, au minimum..2 points**
  - **o dosages sanguins de l'urée, ...2 points**
  - **o et de la créatinine..2 points**
  - **o protéinurie sur 24 heures ....2 points**
  - **o HLM (ou compte d'Addis) pour éliminer une hématurie, une leucocyturie ....2 points**

Question 7
10 points

Quelques mois plus tard, vous recevez aux urgences une grand-mère vivant seule de 89 ans pour un purpura s'aggravant progressivement depuis quelques semaines, sur les membres et le tronc. Il s'y associe des placards écchymotiques des cuisses, une gingivorragie, une modification des cheveux. Le purpura est folliculaire. Le bilan (RP, NFS, VS, plaquettes, FAN bilan hépatique et rénal, cryoglobuline, ANCA) est normal en dehors d'une anémie par carence martiale et en folate.

Citez le diagnostic que vous évoquez.

- **Un scorbut (carence en vitamine C présente dans les fruits et légumes frais) .... 10 points**

COMMENTAIRES

Le scorbut est de traitement simple par apport *per os* ou parentérale de 500 mg à 1 gr par jour pendant 10 jours avec guérison rapide en quelques jours. Penser à faire un dosage de la vitamine C sérique en cas de doute, et un traitement d'épreuve en cas de purpura non thrombopénique, sans vascularite.

Le scorbut survient essentiellement sur terrain particulier (régime particulier, éthylisme, personnes âgées ne se nourrissant que de conserves, terrain psychiatrique).

Penser aux hémocultures devant un purpura vasculaire.

Dossier 9

Madame L., 57 ans, consulte aux urgences pour un érythème diffus associé à une fièvre à 40 °C, apparu brutalement il y a 3 jours sans symptôme au préalable.

Dans ses antécédents on retrouve la notion d'une HTA labile non traitée, et d'une sciatique gauche traitée depuis 15 jours par Feldène.

À l'examen, on note une fièvre à 40,5 °C, un érythème généralisé douloureux avec décollement cutané abdominal (40 % surface corporelle) d'apparition récent (moins de 12 heures), et de nombreuses ulcérations sur la langue et la muqueuse jugale. La tension artérielle est à 10/5, le pouls à 130/min, les extrémités froides et les genoux sont marbrés. Sur le plan biologique :

natrémie 140 mmol/1, kaliémie 3 mmol/1, urée 20 mmol/l, créatininémie 180 mmol/l, ASAT 3*N, ALAT 4*N

GB : 4 000/mm^3 (60 % PNN, 40 % Lymphocytes), Hb 12,1 g/dl, plaquettes 300 000/mm^3

Question 1 Quels éléments fondamentaux de l'examen clinique ne sont pas rapportés dans cette observation ?

Question 2 Citez les 2 diagnostics à évoquer en priorité.

Question 3 Quel est le diagnostic le plus probable ? Pourquoi ?

Question 4 Faites-vous un ou des examens pour confirmer le diagnostic ? Détaillez les résultats des examens paracliniques qui vous serviront à prouver le diagnostic principal, et à éliminer le diagnostic différentiel ?

Question 5 Citez les complications à redouter.

Question 6 Quels sont les principes de la prise en charge thérapeutique ?

Question 7 Son évolution a finalement été favorable, et lors de la sortie votre interne vous demande le type de réintroduction qu'il faut programmer. Que lui répondez-vous (brièvement) ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
14 points

Quels éléments fondamentaux de l'examen clinique ne sont pas rapportés dans cette observation ?

- L'élément fondamental est la recherche d'un signe de Nikolski (la pression de la peau non bulleuse induit une bulle, ou une érosion superficielle) ....4 points
- Il faut également noter dans l'observation la présence ou non d'une atteinte oculaire (conjonctivite, kératite, synéchie conjonctivale, symblépharon) qui justifie un examen ophtalmologique systématique ....2 points
- d'une atteinte narinaire ....2 points
- génitale ....2 points
- d'une dysphagie ....2 points
- de signes en faveur d'une atteinte trachéobronchique......2 points

Question 2
10 points

Citez les 2 diagnostics à évoquer en priorité.

- Une toxidermie sévère, de type syndrome de Lyell, due au Feldène ....5 points
- la nécrolyse épidermique toxique staphylococcique est le principal diagnostic différentiel....................5 points

Question 3
16 points

Quel est le diagnostic le plus probable ? Pourquoi ?

- Le diagnostic le plus probable est une toxidermie sévère, de type syndrome de Lyell, dû au Feldène....................3+2 points

  Les arguments sont :
- critère d'imputabilité extrinsèque : le Feldène est connu pour être responsable de Lyell ....1+1 points
- critère d'imputabilité intrinsèque : délai compatible (15 jours) ....1+1 points
- une éruption évocatrice de Lyell : ....1 point
  - o érythème généralisé fébrile,....................1 point
  - o compliqué secondairement d'un décollement cutané de plus de 30 % de la surface corporelle,....................1+1 points
  - o associé à des lésions de la muqueuse buccale. ....1 point
- Le choc est probablement hypovolémique par fuites plasmatiques, de même que l'insuffisance rénale................1 point
- Le « Lyell staphylococcique » touche essentiellement l'enfant, l'adulte immunodéprimé, débute par une lésion cutanée qui se s'étend secondairement, sans donner d'atteinte muqueuse. ....1 point

Question 4
15 points

Faites-vous un ou des examens paracliniques pour confirmer le diagnostic ? Détaillez les résultats des examens paracliniques qui vous serviront à prouver le diagnostic principal, et à éliminer le diagnostic différentiel ?

- Oui, ...2 points
- Il faut faire un bilan paraclinique avec biopsie cutanée, cytodiagnostic de Tzanck, prélèvement bactériologique, mais le diagnostic est clinique, et l'histologie ne fait que confirmer cette hypothèse. ....4 points
- La biopsie cutanée lue en urgence................................1+1 points
  - o montre une nécrose épidermique totale,..........................1 point
  - o avec décollement dermoépidermique dans le syndrome de Lyell,...1 point
  - o alors que celui-ci est épidermique superficielle dans le « Lyell staphylococcique »...1 point
- Le cytodiagnostic de Tzanck et la biopsie cutanée permettent en quelques heures d'établir le diagnostic.......2 points
- Les prélèvements bactériologiques locaux sont importants pour connaître les germes colonisant le tégument du patient, mais ne permettent pas de trancher entre ces 2 diagnostics (portage sain staphylococcique fréquent). Les hémocultures ne sont qu'exceptionnellement positives dans le Lyell staphylococcique ....2 points

Question 5
20 points

Citez les complications à redouter.

- Oculaires ++..2 points
  - o (cécité, conjonctivite, kératite avec risque de fonte purulente, synéchies conjonctivales, entropion avec repousse vicieuse des cils, syndrome sec persistant) ..1+1+1 points
- Troubles de la pigmentation (hypo et hyperpigmentation),..2 points
- Troubles de la cicatrisation (phimosis cicatriciel, dystrophies unguéales, alopécie cicatricielle) ......1+1+1+1 points
- Décollement de l'épiderme bronchique (encombrement bronchique, détresse respiratoire).......................................1 point
- Surinfections bactériennes, virales (herpès) locales ou Systémiques, infections nososcomiales.................1+1+1 points
- Complications liées à la réanimation : Choc hypovolémique, décès, œdème aigu lésionnel, décompensation de tares sous jacentes, escarres, pathologie thrombo-embolique ....1+1+1+1+1 points

Question 6
20 points

Quels sont les principes de la prise en charge thérapeutique ?

- ARRÊT du médicament suspecté, ...2 points
  - o à savoir le Feldène..1 point
  - o contre indication définitive avec délivrance d'une carte.1 point
- Hospitalisation en réanimation, si possible dermatologique ..1 point
- Pose de voies veineuses périphériques et correction du choc hypovolémique (macromolécules), ...1+1 points
- Soins antiseptiques locaux (type chlorhexidine diluée) .....2 points
- Soins d'yeux toutes les 4 heures (nettoyage sérum physiologique, antiseptiques locaux, enlever les brides), .2+1 points
- Soins de bouche (bains de bouche type bicarbonate 14 pour mille, avec fungizone, et hextril, vaseline sur les lèvres, xylocaine gel en cas de douleurs avant les repas)..1+1 points
- Soins des muqueuses génitales ....1 point
- Pas d'antibiothérapie systématique (mais hémocultures et prélèvements cutanés multiples) ....1 point
- Renutrition hypercalorique, hyperprotidique (sonde gastrique éventuellement)..................................1+1 points
- Surveillance (ré-épidermisation, complications spécifiques et liées à la réanimation et au décubitus) ....2 points

Question 7
5 points

Son évolution a finalement été favorable, et lors de la sortie votre interne vous demande le type de réintroduction qu'il faut programmer. Que lui répondez-vous (brièvement) ?

- AUCUN test de réintroduction vu la sévérité de la toxidermie...5 points

COMMENTAIRES

Se rappeler que le syndrome de LYELL est une toxidermie sévère, avec une mortalité proche de 30 %, mais que les séquelles esthétiques et fonctionnelles (cécité, synéchies génitales) peuvent être majeures chez les sujets ne décédant pas. La prise en charge justifie donc des soins intensifs, appropriés (soins d'yeux, de bouche, des muqueuses génitales) qu'il ne faut pas oublier, malgré le contexte de réanimation.

Devant tout rash cutané récent il est indispensable d'évoquer une toxidermie. Ainsi, devant toute éruption, il est indispensable de retrouver au minimum dans un dossier : la chronologie des prises médicamenteuses, l'examen des muqueuses, la recherche de lésions bulleuses, post bulleuses ou d'un signe de Nikolski.

Dans un dossier de toxidermie, et dans votre pratique clinique, penser à délivrer une carte au patient, et à bien préciser le ou les médicaments contre indiqués à l'avenir.

La surveillance d'une toxidermie justifie au minimum de mentionner les signes de gravité que sont l'état des muqueuses (buccales, ophtalmliques, narinaires, génitales) et la présence ou non d'un signe de Nikolski et de lésions bulleuses.

Dossier 

Vous êtes amené à voir en consultation un nourrisson de 6 mois. Celui-ci présente depuis quelques jours des lésions érythémato-squameuses suintantes mal limitées, touchant les 2 joues, et le front.

Question 1 Quel est le diagnostic le plus probable ? Justifiez.

Question 2 Citez les 4 diagnostics différentiels qui vous semblent les plus pertinents.

Question 3 Que recherchez-vous à l'examen physique ?

Question 4 Quelles complications redoutez-vous à court terme ?

Question 5 Alors que vous venez de terminer votre consultation, vous êtes appelé aux urgences pour un avis.

Mr P, 47 ans, sans ATCD, s'est présenté aux urgences pour une éruption érythématopustuleuse survenue depuis 48 heures dans un contexte fébrile (38-39°). Son état général semble altéré. Il s'agit de très nombreuses (50-100) pustules non folliculaires superficielles, de petite taille (0,3 à 0,5 cm), associées à un érythème diffus, scarlatiniforme. L'interne de garde a déjà le direct du prélèvement bactériologique qu'il a fait sur les pustules. Celui-ci est négatif, et l'éruption ne vous évoque pas une pustulose septique.

Citez les 2 hypothèses à évoquer.

Question 6 Pour l'une des 2 hypothèses principales, le siège initial (au début de l'éruption) des lésions pustuleuses est typiquement évocateur ? Quelle est cette hypothèse ? De quelles localisations s'agit-il ?

Question 7 Quel élément indispensable recherche-t-on à l'interrogatoire dans l'hypothèse retenue à la question 6 ? Détaillez ce que vous recherchez.

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
13 points

Quel est le diagnostic le plus probable ? Justifiez.

- Le diagnostic le plus probable est une dermatite atopique (DA),...............5 points
  compte tenu de la description de l'éruption :
- lésions érythémateuses, ...2 points
- suintantes...............2 points
- mal limitées,...............2 points
- et la topographie (zones convexes représentant la topographie élective avant 2 ans)...............2 points

Question 2
12 points

Citez les 4 diagnostics différentiels qui vous semblent les plus pertinents.

Les diagnostics différentiels principaux (pouvant éventuellement compliquer une DA) sont :

- une dermite séborrhéique,...............3 points
- un eczéma de contact...............3 points
- une dermite caustique...............3 points
- un impétigo...............3 points

Question 3
15 points

Que recherchez-vous à l'examen physique ?

- Arguments pour une complication : ....2 points
  - o lésions vésiculeuses (surinfection herpétique),...............1 point
  - o lésions croûteuses mélicériques (impétiginisation),...............1 point
  - o adénopathie, fièvre...............1+1 points
- Arguments en faveur du diagnostic de dermatite atopique avec notamment...............1 point
  - o une xérose, ...1 point
  - o une fissure rétro auriculaire, ...1 point
  - o un double repli palpébrale de Dennie Morgan...............1 point
- Évaluer le prurit en regardant l'enfant et en recherchant des lésions de grattage. Importance du prurit pour la décision thérapeutique...............2 points
- Surface atteinte,...............2 points
- Arguments en faveur d'une dermite séborrhéique éventuellement associée, avec notamment une atteinte bipolaire (fesses et cuir chevelu,), des squames grasses.....1 point

Question 4
20 points

Quelles complications redoutez-vous à court terme ?

- Les complications principales sont la surinfection : ....5 points
- bactérienne (impétiginisation), ...2 points
- virale, ...1 point
- surtout herpétique avec risque de syndrome de Kaposi-Juliusberg..2+2 points
- L'échec du traitement...2 points
- et les rechutes, ...5 points
- parfois en rapport avec une mauvaise observance thérapeutique, ...3 points

Question 5
10 points

Alors que vous venez de terminez votre consultation, vous êtes appelés aux urgences pour un avis.

Mr P, 47 ans, sans ATCD, s'est présenté aux urgences pour une éruption érythématopustuleuse survenue depuis 48 heures dans un contexte fébrile (38-39°). Son état général semble altéré. Il s'agit de très nombreuses (50-100) pustules non folliculaires superficielles, de petite taille (0,3 à 0,5 cm), associées à un érythème diffus, scarlatiniforme. L'interne de garde a déjà le direct du prélèvement bactériologique qu'il a fait sur les pustules. Celui-ci est négatif, et l'éruption ne vous évoque pas une pustulose septique.

Citez les 2 hypothèses à évoquer.

- Un psoriasis pustuleux ....5 points
- Une toxidermie de type pustulose exanthématique aiguë généralisée (PEAG). ....5 points

Question 6
13 points

Pour l'une des 2 hypothèses principales, le siège initial (au début de l'éruption) des lésions pustuleuses est typiquement évocateur ? Quelle est cette hypothèse ? De quelles localisations s'agit-il ?

- La pustulose exanthématique aiguë généralisée (PEAG) ..5 points
- forme particulière de toxidermie ....3 points
  à évoquer systématiquement lorsque ce type d'éruption faite de très nombreuses petites pustules superficielles débute
- dans les grands plis, ...3 points
- notamment inguinaux et axillaires ....1+1 points

Question 7
17 points

Quel élément indispensable recherche-t-on à l'interrogatoire dans l'hypothèse retenue à la question 6 ? Détaillez ce que vous recherchez.

- Il faut rechercher une prise médicamenteuse.....................5 points
- dans les 4 jours (24-48 heures le plus souvent) ayant précédé le début de l'éruption (critère chronologique d'imputabilité intrinsèque)..5 points
- Les critères d'imputabilité extrinsèque, ...3 points
- à savoir la notoriété de tel ou tel médicament pour donner ce type de toxidermie est une notion importante, notamment en cas de prise médicamenteuse multiple........2 points
- (Exemple pour la PEAG : aminopénicillines, macrolides (PYOSTACINE®), inhibiteur calcique)................................2 points

COMMENTAIRES

- Voir la prise en charge thérapeutique de la DA dans le dossier corrigé des annales (en fin de recueil)

1. Devant toute DA il faut :

- rechercher des arguments en faveur du diagnostic :

  - recherche des critères majeurs : début après 3 mois, topographie évocatrice avec notamment une atteinte des convexité (front peau, pommettes, cuisses, bras, tronc), un caractère symétrique, des antécédents personnels et familiaux d'atopie (bronchiolite à répétition, rhinite, conjonctivite, asthme, eczéma atopique), une évolution chronique par poussées et un prurit.

  - des critères mineurs : xérose, une sécheresse cutanée, une intolérance à la transpiration, à la laine, une fissure rétro auriculaire, un double repli palpébrale de Dennie Morgan.

- recherche également des arguments en faveur d'un autre diagnostic ou d'une complication de son eczéma : application de topique, et notamment d'antiseptique, de savon irritant pour un eczéma de contact, début avant l'âge de 3 mois, signe en faveur d'une surinfection herpétique, d'une impétiginisation.

- rechercher des facteurs déclenchants : saison, stress, maladie,

- traitements déjà utilisés, échec ou efficacité et quantification du nombre de tube (et quantité en grammes) d'émollient et de dermocorticoïdes.

- évaluer la fréquence des rechutes et l'observance thérapeutique ainsi que le retentissement de la pathologie sur le sommeil et sur l'état général, et la croissance avec évaluation du prurit.

IMPORTANCE d'évaluer la consommation en dermocorticoides (calcul du nombre de tubes) pour éviter les excès et les traitements par défaut (beaucoup d'enfants sont en fait sous traités en raison de la corticophobie des parents)

2. Concernant la PEAG, qui est une forme particulière de toxidermie il faut l'évoquer devant une pustulose fébrile débutant dans les grands plis, le plus souvent 48 heures après la prise d'un médicament type Pyostacine®.

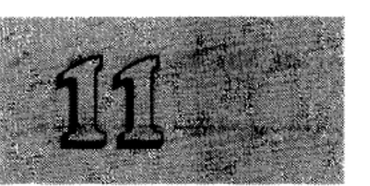
Les examens les plus importants devant se type d'éruption sont :

La biopsie cutanée qui permet de retrouver une pustule sous cornée riche en PNN

Le prélèvement bactériologique d'une pustule qui confirme la stérilité des pustules, ou la contamination par des germes saprophytes de la peau

L'hémogramme (NFS) qui montre une hyperleucocytose à PNN, parfois considérable

Le ionogramme sanguin, la créatininémie, le bilan hépatique ont pour but de rechercher d'éventuelles complications à cette toxidermie (cytolyse hépatique, insuffisance rénale fonctionnelle)

Dossier 

Paul, 6 ans, est vu aux urgences de pédiatrie pour une éruption du tronc et des membres, respectant les extrémités, évoluant depuis 3 jours. Il s'agit de larges nappes érythémateuses, foncées, sans espace de peau saine, de consistance grenue à la palpation. Il s'y associe depuis 4 jours une fièvre à 39°, des polyadénopathies cervicales, et une pharyngite.

Question 1 Quel diagnostic posez-vous ? (ne pas argumenter)

Question 2 Quel examen faites-vous ? Que recherchez-vous ?

Question 3 Que manque-t-il à l'examen clinique pour orienter le diagnostic ?

Question 4 Quel sera votre traitement ? (pas de posologie)

Question 5 La maman vous demande de lui préciser l'évolution habituelle de cette maladie, afin de ne pas s'inquiéter inutilement. Que lui dites-vous ?

Question 6 3 jours après le début du traitement, vous êtes amené à le revoir avec une persistance de la fièvre. Quelles sont vos 3 principales hypothèses ? (ne pas argumenter)

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
10 points

Quel diagnostic posez-vous ? (ne pas argumenter)

- Le diagnostic le plus probable est une scarlatine ....5 points
- à streptocoque A β-hémolytique..5 points

Question 2
15 points

Quel examen faites-vous ? Que recherchez-vous ?

- Le prélèvement bactériologique ....4 points
- de la gorge ....1 point
  Il permet de confirmer le diagnostic en retrouvant
- le streptocoque A β-hémolytique en culture ....4+2 points
- et un cocci gram positif au direct..2 points
- La recherche du streptocoque par test rapide pourrait également être proposée ....2 points

Question 3
24 points

Que manque-t-il à l'examen clinique pour orienter le diagnostic ?

Le diagnostic de scarlatine sera évoqué en absence d'arguments pour un des diagnostics différentiels : ....1 point

- Le syndrome du choc toxique (staphylococcique) ....3 points
  - o sera évoqué devant un mauvais état hémodynamique..2 points
  - o pouls filant, hypotension, marbrures, troubles de conscience ....1 point
  - o des signes de défaillance multiviscérale œdème pulmonaire, dyspnée, ictère ....1 point
  - o une porte d'entrée cutanée..1 point
  - o une phase prodromale (myalgies, nausées, diarrhées) ..1 point
- La toxidermie ....3 points
  - o sera évoquée devant une notion de prise médicamenteuse dans un délai compatible ....1 point
  - o un décollement bulleux cutané ou muqueux ....1 point
  - o ou un signe de Nikolski ....1 point
- Le syndrome de Kawasaki..2 points
  - o recherche d'un énanthène buccal et d'une langue framboisée* (non spécifique) ....1 point
  - o chéilite ....2 points
  - o conjonctivite...2 points
- La notion de prurit, justifiant un éventuel sédatif est également importante à rechercher ....1 point

Question 4
15 points

Quel sera votre traitement ? (pas de posologie)

- En absence de signe de gravité le traitement est ambulatoire.........2 points
- *per os*. ....2 points
- Prescription d'un antibiotique ....3 points
- actif sur le Streptocoque ....1 point
- du type : Pénicilline V (ou macrolides en cas d'allergie) ...3 points
- pendant 10 jours. ....2 points
- Surveillance de la disparition de la fièvre, des autres symptômes.........1 point
- Bandelette urinaire 3 semaines après le début pour vérifier l'absence de glomérulonéphrite aiguë post-streptococcique ....1 point

Question 5
20 points

La maman vous demande de lui préciser l'évolution habituelle de cette maladie, afin de ne pas s'inquiéter inutilement. Que lui dites-vous ?

- Il faut rassurer.........3 points
- car l'évolution est favorable. ....4 points
- L'éruption va s'étendre pour disparaître en huit ou dix jours. ....2 points
- Entre le dixième et le treizième jour apparaît une desquamation,.........2 points
- qui débute au tronc puis s'étend aux extrémités en « doigts de gants ».........2 points
- La langue est framboisée du 4e au 6e jour, puis se normalise vers le douzième jour. ....NC
- La fièvre va rapidement s'amender. ....2 points
- Il faudra surveiller la disparition de la fièvre, des symptômes cutanés et ORL,.........3 points
- et l'absence d'apparition d'une exceptionnelle glomérulonéphrite post streptoccique (bandelette urinaire à 3 semaines). ....2 points

Question 6
15 points

3 jours après le début du traitement, vous êtes amené à le revoir avec une persistance de la fièvre. Quelles sont vos 3 principales hypothèses ? (ne pas argumenter)

Les hypothèses sont :
- la non observance du traitement, avec un possible phlegmon amygdalien compliquant l'angine.....................5 points
- un syndrome de Kawasaki (à évoquer systématiquement devant une fièvre prolongée ce d'autant qu'il existe une éruption scarlatiniforme avec une pharyngite)............5 points
- une toxidermie..5 points

COMMENTAIRES

SAVOIR RASSURER (et l'écrire dans le dossier) LES PARENTS ET LE PATIENT, EN PARTICULIER, POUR LES DOSSIERS AVEC PATHOLOGIE BENIGNE ÉVOLUANT FAVORABLEMENT.

Toujours évoquer la toxidermie dans un dossier avec rash cutané récent.

Dossier 12

Paul P, 27 ans, consulte pour une éruption fixe, peu prurigineuse touchant le tronc, et évoluant depuis 1 semaine. Il s'agit de macules isolées (environ 15-20) squameuses, rosées ou érythémateuses, annulaires, voire nummulaires pour certaines. Les lésions mesurent de 0,5 à 1 cm de diamètre.

Question 1 Quelles sont vos hypothèses (ne pas argumenter) ?

Question 2 Vous hésitez dans votre diagnostic, et vous décidez de ne prescrire qu'un émollient jusqu'à la consultation suivante. Vous le revoyez 8 jours après avec des lésions érythématopapuleuses, parfois squameuses, mais non vésiculeuses ou dyshidrosiformes d'environ 1 cm de diamètre sur les paumes, et les plantes. Quelles sont dorénavant vos hypothèses ?

Question 3 Quels examens utiles au diagnostic prescrivez-vous ?
(de 0 à 5 examens)

Question 4 24 heures après, vous découvrez 3 plaques dépapillées, centimétriques, du dos de la langue. D'après le patient ces lésions sont apparues depuis 1 semaine, mais vous aviez oublié de regarder sa bouche ! Quel est dorénavant le diagnostic le plus probable au vu de ces nouvelles lésions ?

Question 5 Complétez-vous le bilan dans l'immédiat ? Comment ?

Question 6 Le bilan très complet que vous avez pris l'initiative de réaliser en urgence, au mépris du patient (que vous avez gardé 9 h aux urgences) et du déficit de la Sécurité sociale, s'avère négatif (en dehors de la confirmation du diagnostic). Quel traitement proposez-vous en 1re intention ?

Question 7 Faudra-t-il refaire certains examens ? Pourquoi ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
20 points

Quelles sont vos hypothèses (ne pas argumenter) ?

Les principales hypothèses sont :
- un pityriasis rosé de Gibert (PRG) ....4 points
- un eczéma ....4 points
- un psoriasis...4 points
- une syphilis secondaire...4 points
- une toxidermie..2 points
- une éruption virale ....2 points

Question 2
15 points

Vous hésitez dans votre diagnostic, et vous décidez de ne prescrire qu'un émollient jusqu'à la consultation suivante. Vous le revoyez 8 jours après avec des lésions érythématopapuleuses, parfois squameuses, mais non vésiculeuses ou dyshidrosiformes d'environ 1 cm de diamètre sur les paumes, et les plantes. Quelles sont dorénavant vos hypothèses ?

- La localisation palmoplantaire fait évoquer avant tout une syphilis secondaire..10 points
- On évoquera également le psoriasis.................................5 points

Question 3
14 points

Quels examens utiles au diagnostic prescrivez-vous ?
(de 0 à 5 examens)

- Devant cette éruption, au moins 2 examens sont indispensables : le TPHA et le VDRL ....5+5 points
  par leur positivité ils confirmeront la syphilis secondaire, ou l'élimineront par leur négativité.
- On pourra également faire une biopsie cutanée (en cas de doute sur un psoriasis) ....2 points
  La biopsie cutanée ne permet pas de conclure à une syphilis, mais un infiltrat dermique riche en plasmocytes peut parfois faire évoquer le diagnostic.
- La recherche de tréponème au microscope à fond noir pourrait être réalisé en cas de lésion érosive pour confirmer le diagnostic de syphilis, mais est peu réalisé en pratique courante ....2 points
  Les autres examens sont peu utiles en première intention.

Question 4
10 points

24 heures après, vous découvrez 3 plaques dépapillées, centimétriques, du dos de la langue. D'après le patient ces lésions sont apparues depuis 1 semaine, mais vous aviez oublié de regarder sa bouche ! Quel est dorénavant le diagnostic le plus probable au vu de ces nouvelles lésions ?

- Le diagnostic à évoquer est la syphilis secondaire (*Tréponema pallidum*)..10 points

Question 5
17 points

Complétez-vous le bilan dans l'immédiat ? Comment ?

- Oui. ....2 points
- Il faut chercher d'autres localisations éventuelles de sa syphilis : ....2 points
- NFS, bilan hépatique, osseux (radiographies) en cas de douleurs, Ponction lombaire avec VDRL dans le liquide rachidien au moindre doute sur un syndrome méningé ou devant un signe neurologique de localisation. La ponction lombaire est systématique pour certains en cas de séropositivité VIH....................1+1+1+1 points
- Il faut effectuer un bilan à la recherche d'autres MST :.....2 points
- sérologie HBV, HIV 1et 2 voire antigénémie P24 (après accord du patient), recherche de condylomes anogénitaux, d'une urétrite (gonocoque, chlamydia, avec écouvillon et/ou PCR Chlamydia sur 1er jet d'urine) ....1+1+1+1 points
- Bilan MST chez le, la ou les partenaires. ....3 points

Question 6
10 points

Le bilan très complet que vous avez pris l'initiative de réaliser en urgence, au mépris du patient (que vous avez gardé 9 h aux urgences) et du déficit de la Sécurité sociale, s'avère négatif (en dehors de la confirmation du diagnostic). Quel traitement proposez-vous en 1re intention ?

- Traitement ambulatoire....................2 points
- En intramusculaire ....2 points
- Par Benzathine Penicilline G (Extencilline®, 2,4 millions d'unités) ....3 points
- En 2 injections à 1 semaine d'intervalle (la réponse 1 seule injection est acceptée) ....2 points
- En absence d'allergie à la pénicilline ....1 point

Question 7
14 points

Faudra-t-il refaire certains examens ? Pourquoi ?

- Oui....................1 point
- Le VDRL quantitatif sera à refaire....................3 points
- à 3, 6, 12 et 24 mois ....2 points
- pour contrôler la guérison ou l'absence de recontamination. ....2 points
- Les sérologies VIH, ...2 points
- et HBV ....2 points
- sont également à refaire à 3 mois (voire 6 mois plus tard en fonction des derniers rapports éventuellement contaminants)....................2 points

COMMENTAIRES

La rapidité d'installation, l'âge du patient, l'absence de notion d'extension polycyclique ou centrifuge, rend peu probable les hypothèses de pityriasis versicolor (donnerait par ailleurs des macules brunâtres), ou de dermatophytie.

À noter que le pityriasis rosé de Gibert n'atteint pas les paumes et les plantes, l'eczéma palmoplantaire est dyshidrosique, vésiculeux sur les paumes et les plantes. La forme érythématosquameuse se voyant plutôt dans l'eczéma chronique.

La recherche de Chlamydia se fait actuellement par PCR sur 1er jet d'urine en absence d'écoulement visible et prélevable (habituel, à la différence de la gonococcie qui génère le plus souvent un écoulement).

Dossier 13

Mlle L, 17 ans, consulte aux urgences pour 5 ulcérations, de 0,3 à 0,8 cm de diamètre, arrondies, de la muqueuse buccale apparues depuis 24 heures.

Question 1 Citez les 2 diagnostics les plus probables si les lésions sont isolées.

Question 2 Citez les éléments cliniques qui vous semblent les plus importants à rechercher par ailleurs.

Question 3 Les lésions guérissent en une quinzaine de jours, et vous la revoyez pour une nouvelle poussée avec une uvéite. Quel diagnostic suspectez-vous ? Que recherchez-vous à l'examen clinique et à l'interrogatoire pour confirmer ce diagnostic ? Quel examen paraclinique faites-vous dans ce contexte pour orienter le diagnostic ? (en dehors de l'examen ophtalmologique)

Question 4 En cas de récidives fréquentes des lésions buccales, quels traitements (sans posologie) pouvez-vous proposer ?

Question 5 Quelques jours plus tard, vous êtes rappelé aux urgences par l'interne pour un second problème d'ulcérations buccales ; il ne comprend pas l'éruption de Monsieur P, 43 ans, qui présente de vastes nappes érosives des lèvres et de la muqueuse buccale, associées à des lésions érythémateuses en cocarde sur les faces dorsales des mains, des pieds, des genoux. Il s'agit de maculo-papules de 0,5 à 2 cm de diamètre, érythémateuses, arrondies, formées de zones concentriques avec notamment une zone plus foncée centrale centrée par une vésicule. À quel diagnostic pensez-vous ? Argumentez ?

Question 6 Citez 2 éléments importants à rechercher à l'interrogatoire pour orienter le diagnostic étiologique.

Question 7 Quelques années plus tard, vous la revoyez avec 2 plaques érythémato-violacées, œdémateuses, d'environ 3 cm de diamètre. Les lésions sont présentes depuis 48 heures, sont non prurigineuses, et siègent sur la face externe de la cuisse gauche, et le flanc droit. La patiente vous explique qu'il s'agit d'une éruption récidivante survenant toujours au même endroit, au rythme de 2 ou 3 poussées par an depuis 3 ans. Les lésions disparaissent en quelques jours en laissant une pigmentation résiduelle. Quel diagnostic suspectez-vous ? Quel élément important recherchez-vous pour confirmer ce diagnostic ? Que peut-on faire pour le confirmer (sans détailler) ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
8 points

Citez les 2 diagnostics les plus probables si les lésions sont isolées.

- Une origine herpétique (HSV1 voire HSV2) ....4 points
- Des aphtes ....4 points

Question 2
23 points

Citez les éléments cliniques qui vous semblent les plus importants à rechercher par ailleurs.

- Disposition des ulcérations ....1 point
- (polycycliques, ou groupées en bouquet en faveur d'un herpès). ....1 point
- Une atteinte du reste du tégument : ....2 points
  - o signe de Nikolski, ...1 point
  - o lésions bulleuses ou post bulleuses, ...1 point
  - o lésions en cocarde d'érythème polymorphe, ...1 point
  - o pseudofolliculite du Behcet, ...1 point
  - o un érythème, ...1 point
  - o une atteinte des lèvres ....1 point
  - o une atteinte des autres muqueuses (génitale, narinaire, conjonctivale) ....1 point
  - o des adénopathies ....1 point

  À l'interrogatoire, on recherchera notamment :
- des antécédents d'épisodes identiques (récurrence herpétique ou aphtose récidivante) personnels ou familiaux. ....2 points
- l'origine ethnique (Behcet) ....1 point
- des antécédents d'uvéite (Behcet), ...1 point
- de phlébite notamment superficielle ....1 point
- une dysphagie ....2 points
- une perte de poids (signes de gravité) ....2 points
- une toux (mycoplasme) ....1 point
- fièvre ....1 point

Question 3
25 points

Les lésions guérissent en une quinzaine de jours, et vous la revoyez pour une nouvelle poussée avec une uvéite. Quel diagnostic suspectez-vous ? Que recherchez-vous à l'examen clinique et à l'interrogatoire pour confirmer ce diagnostic ? Quel examen paraclinique faites-vous dans ce contexte pour orienter le diagnostic ? (en dehors de l'examen ophtalmologique)

- On suspecte une maladie de Behçet.................................5 points
  Les autres éléments cliniques à rechercher pour étayer ce diagnostic sont :
- antécédent d'aphtose ....2 points
- bipolaire..1 point
- oro-génital ....2 points
- récidivante (critère majeur) ....2 points
- l'origine ethnique (bassin méditerranéen), ...1 point
- antécédent familiaux de maladie de Behcet, ...1 point
- lésions cutanées (pseudofolliculite, nouures dermohypodermiques douloureuses), ...2 points
- antécédent d'uvéite,...1 point
- de phlébite, ...1 point
- d'accident neurologique ....1 point
- d'un phénomène de pathergie (pseudofolliculite aux points de ponction veineuse ou après intradermo-réaction au sérum physiologique)....................2 points
- La recherche de l'HLA B5 est l'examen paraclinique à réaliser devant une suspicion de Behcet.........................4 points
  (en cas de nouures ou de pseudo-folliculite, il peut être utile de réaliser une biopsie cutanée)

Question 4
12 points

En cas de récidives fréquentes des lésions buccales, quels traitements (sans posologie) pouvez-vous proposer ?

- Traitement symptomatique des ulcérations buccales : ....1 point
- bains de bouche ....2 points
- pluriquotidiens...1 point
- (FUNGIZONE®, bicarbonate 14 pour mille, antiseptique), 1 point
- anesthésiques de contact type LIDOCAINE VISQUEUSE avant les repas,...2 points
- antalgiques. ....1 point
- Traitement des aphtoses récidivantes avec en 1re intention de la Colchicine (1 mg par jour). ....2 points
- En cas d'échec se discute la corticothérapie générale,.......1 point
- voire la Thalidomide ....1 point

Question 5
12 points

Quelques jours plus tard, vous êtes rappelé aux urgences par l'interne à qui vous aviez donné un petit cours sur les ulcérations buccales ; il ne comprend pas l'éruption de Monsieur P, 43 ans, qui présente de vastes nappes érosives des lèvres et de la muqueuse buccale, associées à des lésions érythémateuses en cocarde sur les faces dorsales des mains, des pieds, des genoux. Il s'agit de maculo-papules de 0,5 à 2 cm de diamètre, érythémateuses, arrondies, formées de zones concentriques avec notamment une zone plus foncée centrale centrée par une vésicule. À quel diagnostic pensez-vous ? Argumentez ?

- L'hypothèse la plus probable est un érythème polymorphe.....5 points
  Les arguments sont :
- Les ulcérations des muqueuses labiales et buccales.....1 point
- Associées.....1 point
- À une atteinte cutanée.....1 point
- À type de cocarde.....1 point
- Centrée par une vésicule.....1 point
- Siégeant sur les faces dorsales des extrémités.....1 point
- Et notamment sur mains, pieds, genoux.....1 point

Question 6
10 points

Citez 2 éléments importants à rechercher à l'interrogatoire pour orienter le diagnostic étiologique.

- Une prise médicamenteuse dans les jours et semaines précédant l'éruption.....3 points
- En faveur d'une toxidermie......2 points
- La présence d'un herpès péribuccal les jours précédents la poussée cutanéo-muqueuse.....3 points
- En faveur d'un érythème polymorphe post-herpétique.....2 points
  (Dans cette hypothèse on recherche également une récurrence herpétique, ou des épisodes similaires)

Question 7
10 points

Quelques années plus tard, vous revoyez Mlle L. avec 2 plaques érythémato-violacées, œdémateuses, d'environ 3 cm de diamètre. Les lésions sont présentes depuis 48 heures, sont non prurigineuses, et siègent sur la face externe de la cuisse gauche, et le flanc droit. La patiente vous explique qu'il s'agit d'une éruption récidivante survenant toujours au même endroit, au rythme de 2 ou 3 poussées par an depuis 3 ans. Les lésions disparaissent en quelques jours en laissant une pigmentation résiduelle. Quel diagnostic suspectez-vous ? Quel élément important recherchez-vous pour confirmer ce diagnostic ?

Devant cette éruption récidivante, au même endroit on évoque une forme particulière de toxidermie :

- **l'érythème pigmenté fixe. ....4 points**
- **L'élément important à rechercher à l'interrogatoire est la notion d'une prise médicamenteuse................................2 points**
- **dans les heures (délai inférieur à 48 heures) précédant l'apparition des lésions, ...2 points**
- **et ce lors de chaque épisode...2 points**

COMMENTAIRES

Se rappeler que les causes d'ulcérations buccales isolées les plus fréquentes sont : l'origine herpétique (primo-infection ou récurrence), les aphtes, les ulcérations post-traumatiques (peu probable au vu des multiples lésions isolées).

Les autres causes sont rares et se manifestent rarement sous forme de lésions buccales isolées. Il s'agit notamment de la maladie de Behçet, ou de l'érythème polymorphe, notamment post herpétique. Ne pas oublier le chancre syphilitique, qui même s'il redevient à la mode reste rare.

Les pathologies auto-immunes (pemphigus vulgaire, pemphigoïde cicatricielle), et les toxidermies (Lyell, Steven-Johnson) sont des causes sévères mais rares.

L'érythème pigmenté fixe est une toxidermie particulière par sa présentation clinique, et par son délai d'apparition court (quelques heures à moins de 48 heures) après la prise médicamenteuse. On peut éventuellement proposer des tests épicutanés (patch-test) pour confirmer cette hypothèse (sensibilité et spécificité imparfaites).

Dossier 14

Madame V., âgée de 35 ans, consulte en raison de l'apparition depuis 15 jours de lésions des plis inguinaux.

Il s'agit d'un placard bilatéral et symétrique, érythémateux, suintant, limité par une bordure blanchâtre. Le fond du pli est fissuraire. Vous notez l'existence de pustules en périphérie de la bordure.

Question 1 Quel est votre diagnostic ?

Question 2 Quelle est l'espèce la plus fréquemment en cause ? Existe-t-il des localisations physiologiques de cette espèce ?

Question 3 Quels facteurs favorisants recherchez-vous à l'interrogatoire ?

Question 4 Que recherchez-vous à l'examen clinique ?

Question 5 Quel est le moyen de confirmer le diagnostic ? Quel est le délai pour avoir cette confirmation diagnostique ?

Question 6 Quels sont les principaux diagnostics différentiels de l'atteinte inguinale ?

Question 7 Quel traitement proposez-vous dans le cas d'une atteinte inguinale isolée ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
10 points

Quel est votre diagnostic ?

- Intertrigo candidosique ....10 points

Question 2
10 points

Quelle est l'espèce la plus fréquemment en cause ? Existe-t-il des localisations physiologiques de cette espèce ?

- *Candida albicans* ....3 points
- Oui, *Candida albicans* est (endo)saprophyte ....3 points
- du tube digestif..2 points
- des muqueuses génitales ....2 points

Question 3
10 points

Quels facteurs favorisants recherchez-vous à l'interrogatoire ?

- Diabète ....2 points
- Prise récente d'antibiotiques...2 points
- Corticothérapie..2 points
- Grossesse ....2 points
- Prise d'oestro-progestatifs..2 points

Question 4
25 points

Que recherchez-vous à l'examen clinique ?

- Une extension locale avec atteinte génitale
  (ou une vulvo-vaginite) candidosique ....5 points
- Une atteinte des autres plis..5 points
  - o Plis axillaires ....1 point
  - o Plis interdigitaux plantaires et palmaires.........................1 point
- Une atteinte phanérienne ....2 points
  - o Onyxis..1 point
  - o Périonyxis..1 point
- Une Folliculite...1 point
- Une atteinte buccodigestive...5 points
  - o Perlèche ....1 point
  - o Glossite ou stomatite ou muguet ....1 point
  - o Diarrhée..1 point

Question 5
15 points

Quel est le moyen de confirmer le diagnostic ? Quel est le délai pour avoir cette confirmation diagnostique ?

- Prélèvement mycologique..5 points
- Pour examen direct : recherche de filaments.....................2 points
- Mise en culture sur milieu de Sabouraud ....3 points
- L'examen direct donne une réponse immédiate ....2 points
- La culture permet le développement des colonies
  en 48 heures ....3 points

Question 6
20 points

Quels sont les principaux diagnostics différentiels de l'atteinte inguinale ?

- **Une dermite de contact ....5 points**
- **Un intertrigo bactérien..5 points**
- **Un intertrigo dermatophytique ....5 points**
- **Un psoriasis inversé..5 points**

Question 7
10 points

Quel traitement proposez-vous dans le cas d'une atteinte inguinale isolée ?

- **Traitement local ....5 points**
- **Par un dérivé imidazolé..3 points**
- **Une à deux fois par jour en fonction de la molécule ....1 point**
- **Pendant 15 jours...1 point**

COMMENTAIRES

Les candidoses sont des infections dues à des champignons lévuriformes, du genre Candida dont l'espèce albicans est responsable de la plupart des manifestations pathologiques chez l'homme.

Candida albicans est un endosaprophyte du tube digestif et des muqueuses génitales, mais il peut passer de l'état saprophyte à un état parasitaire pathogène sous l'influence de divers facteurs favorisants. À l'inverse, *Candida albicans* ne fait pas partie de la flore physiologique cutanée.

Dossier 15

Monsieur M., âgé de 32 ans, consulte pour une lésion du sillon balano-prépulial apparue 3 jours plus tôt. À l'examen, vous constatez une ulcération indurée mesurant environ 1 cm de diamètre. Il vous dit ne ressentir aucune douleur. Excepté quelques adénopathies inguinales bilatérales indolores, le reste de votre examen clinique est normal.

Question 1 Quel est votre diagnostic ? Sur quels arguments ?

Question 2 Quelle est la durée d'incubation de cette maladie ?

Question 3 Comment pouvez-vous confirmer votre diagnostic à ce stade de la maladie ?

Question 4 Si monsieur M. avait consulté 15 jours après l'apparition de la lésion génitale, quel aurait été le moyen de confirmer votre diagnostic ?

Question 5 Quel est le traitement habituel à ce stade de la maladie ?

Monsieur M., satisfait de vos soins, consulte un an plus tard pour des brûlures mictionnelles intenses depuis 48 heures. À l'examen, vous notez un écoulement purulent et abondant au méat urétral.

Question 6 Quel est le diagnostic le plus probable ?

Question 7 Quel traitement probabiliste proposez-vous ?

Question 8 Quel bilan minimal faut-il proposer à cet homme ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
20 points

Quel est votre diagnostic ? Sur quels arguments ?

- Diagnostic : chancre syphilitique (ou syphilis primaire)...10 points
  Arguments :
- Ulcération génitale ....2 points
- Indurée ....2 points
- Indolore ....2 points
- Unique ....2 points
- Adénopathies inguinales indolores..................................2 points

Question 2
10 points

Quelle est la durée d'incubation de cette maladie ?

- 3 semaines ....10 points

Question 3
10 points

Comment pouvez-vous confirmer votre diagnostic à ce stade de la maladie ?

- Mise en évidence du tréponème au microscope à fond noir (sur un frottis obtenu par raclage du fond du chancre)...10 points

Question 4
10 points

Si monsieur M. avait consulté 15 jours après l'apparition de la lésion génitale, quel aurait été le moyen de confirmer votre diagnostic ?

- Diagnostic sérologique par la réalisation des tests TPHA et VDRL ....10 points

Question 5
10 points

Quel est le traitement habituel de cette maladie ?

- En l'absence d'allergie à la pénicilline ....1 point
- Une injection intramusculaire...2 points
- De 2,4 millions d'unités de benzathine-pénicilline G, EXTENCILLINE® ....4 points
- Traitement des partenaires sexuels...................................3 points

Question 6
15 points

Quel est le diagnostic le plus probable ?

- Urétrite aiguë probablement gonococcique (devant l'intensité des symptômes) ....10 points
- On doit évoquer systématiquement la possibilité d'une infection à Chlamydia trachomatis associée à l'infection gonococcique ....5 points

Question 7
15 points

Quel traitement probabiliste proposez-vous ?

Pour l'infection gonococcique :

- Traitement antibiotique minute (ou en prise unique)..........2 points
- En l'absence d'allergie ....1 point
- Ciprofloxacine CIFLOX* une prise orale de 500 mg ou Ceftriaxone ROCEPHINE* 250 mg en une injection intramusculaire..3 points
- Traitement anti-chlamydia systématiquement associé ....2 points
- En l'absence d'allergie ....1 point
- Tétracyclines 500 mg x 4 / jour ou Doxycycline 100 mg x 2 / jour ou Minocycline 100 mg / jour pendant 7 jours ou Azithromycine ZITHROMAX® en une prise orale unique d'un gramme............................3 points
- Traitement des partenaires sexuels....................................3 points

Question 8
10 points

Quel bilan minimal faut-il proposer à cet homme ?

- Recherche d'une MST concomitante..................................2 points
- Sérologie HIV ....2 points
- Antigénémie p24 ....2 points
- Sérologie TPHA-VDRL..2 points
- Sérologie Hépatite B ....2 points
- À refaire à 3 mois...NC

COMMENTAIRES

Le caractère sémiologique le plus important du chancre syphilitique est son induration.

L'examen au microscope à fond noir du frottis obtenu par raclage du fond du chancre garde tout son intérêt dans les premiers jours du chancre, c'est-à-dire à la phase pré-sérologique.

En effet, les tests TPHA (Treponema Pallidum Haemagglutination Assay) et VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) se positivent en moyenne 8 à 10 jours après l'apparition du chancre.

Le FTA (Fluorescent Treponemal Antibody) et le FTA absorbé se positivent vers le 5e jour du chancre, c'est-à-dire quelques jours avant le TPHA et le VDRL. La technique de laboratoire est lourde, de plus, le titre des anticorps dépistés par le FTA est moins bien corrélé avec l'évolutivité de la maladie que le titre des anticorps dépistés par le VDRL. Son intérêt est par conséquent limité.

L'infection à Chlamydia trachomatis est devenue 50 à 80 fois plus fréquente que la gonococcie et représente la première maladie bactérienne sexuellement transmissible dans les pays industrialisés.

Actuellement, le diagnostic d'une urétrite à chlamydia trachomatis repose sur les techniques d'amplification génique de type PCR réalisées sur un premier jet d'urine.

Un réflexe dans le cadre des MST : réaliser le bilan des autres MST et examiner et traiter les partenaires sexuels.

Dossier 16

Une jeune maman amène en consultation son enfant, Benoît, âgé de 10 mois. Elle vous explique que celui-ci avait de la fièvre à 39 °5 C depuis 5 jours. Elle a consulté hier le pédiatre qui n'a rien trouvé d'anormal à l'examen. Ce matin, à son réveil, l'enfant n'avait plus de fièvre mais elle a remarqué des « petits boutons ».

Question 1 Quel est le premier diagnostic à évoquer ? Sur quels arguments ?

Question 2 Quelle est, dans cette hypothèse diagnostique, la sémiologie de l'éruption ?

Question 3 Quel est le principal agent infectieux responsable de cette maladie ?

La maman est inquiète car l'enfant d'une de ses collègues a eu il y a quelques années une maladie de Kawasaki et elle craint que Benoît ait la même maladie.

Question 4 Citez les critères majeurs de la maladie de Kawasaki ?

Question 5 Quelle est le principal risque de la maladie de Kawasaki ?

Rassurée par vos explications, elle ne s'inquiète plus pour Benoît et vous explique en partant que son fils aîné a eu l'année dernière un mégalérythème épidémique.

Question 6 Quel est l'agent infectieux responsable du mégalérythème épidémique ?

Question 7 Citez les principales caractéristiques sémiologiques de l'éruption provoquée par cet agent infectieux ?

Question 8 Dans quel cas cette maladie peut-elle être particulièrement dangereuse ? Quels sont dans ce cas les principaux risques ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
20 points

Quel est le premier diagnostic à évoquer ? Sur quels arguments ?

- Diagnostic : Exanthème subit (ou éventuellement sixième maladie)........10 points
  Arguments :
- Terrain : nourrisson entre 6 mois et 2 ans ....2 points
- Fièvre élevée pendant 3 à 5 jours, bien supportée........2 points
- Suivie d'une défervescence thermique brutale ....2 points
- Contemporaine de l'apparition d'un exanthème........2 points
- Examen clinique normal par ailleurs ....2 points

Question 2
5 points

Quelle est, dans cette hypothèse diagnostique, la sémiologie de l'éruption ?

- Macules (ou maculo-papules)........3 points
- Rosées, discrètes........1 point
- Prédominant au tronc........1 point

Question 3
5 points

Quel est le principal agent infectieux responsable de cette maladie ?

- HHV-6 (ou Human Herpes Virus 6) ....5 points

Question 4
25 points

Citez les critères majeurs de la maladie de Kawasaki ?

- Fièvre élevée, supérieure à 38 °5C ....5 points
- Durant plus de 5 jours........2 points
- Ne répondant pas aux antibiotiques........2 points

  Et au moins 4 des 5 critères suivants :
- Conjonctivite (ou hyperhémie conjonctivale)........2 points
- Modification des lèvres et de la cavité buccale
  - o Pharyngite ....2 points
  - o Langue framboisée (ou dépapillée)........2 points
  - o Chéilite (érythème et sécheresse des lèvres) ....2 points
- Érythème (polymorphe) du tronc........2 points
- Érythème palmo-plantaire avec œdème ....2 points
  - o Évoluant vers une desquamation « en doigts de gants » ....2 points
- Adénopathies cervicales........2 points

Question 5
10 points

Quelle est le principal risque de la maladie de Kawasaki ?

- Le risque principal est cardiaque avec apparition d'anévrysmes coronariens .... 10 points

Question 6
5 points

Quel est l'agent infectieux responsable du mégalérythème épidémique ?

- Parvovirus B19 .... 5 points

Question 7
15 points

Citez les principales caractéristiques sémiologiques de l'éruption provoquée par cet agent infectieux ?

Caractéristiques sémiologiques du mégalérythème épidémique :

- Aspect du visage souffleté (ou rash maculo-papuleux du visage) .... 3 points
- Éruption maculo-papuleuse, rose pâle, à disposition circinée (ou réticulée ou « en maille de filet » ou en guirlande) du tronc et des membres .... 3 points
- Disparition de l'éruption en une dizaine de jours sans desquamation .... 3 points
- Après disparition de l'éruption, possibilité de résurgence de l'éruption favorisée par un exercice physique, un bain, une exposition solaire pendant plusieurs semaines............ 3 points

Autre expression clinique du parvovirus B19 :

- Purpura en gants et chaussettes.. 3 points
- Autres vascularites .... NC

Question 8
15 points

Dans quel cas cette maladie peut-elle être particulièrement dangereuse ? Quels sont dans ce cas les principaux risques ?

- Personnes à risque : femmes enceintes .... 6 points

Risques :

- Avortements spontanés (1er et 2e trimestres)..................... 3 points
- Crises érythroblastopéniques fœtales .... 3 points
- Anasarques foeto-placentaires .... 3 points

COMMENTAIRES

La maladie de Kawasaki est une urgence diagnostique et thérapeutique.

Il n'existe pas de signe clinique ou biologique pathognomonique de la maladie.

Son diagnostic repose sur l'association de critères majeurs.

Le pronostic est dominé par l'atteinte cardiaque avec le risque d'anévrysmes coronariens dans 20 % des cas en l'absence de traitement.

L'association classique gammaglobulines et aspirine administrée précocement prévient dans la majorité des cas l'apparition des anomalies coronariennes.

L'étiologie de cette affection est toujours inconnue. La responsabilité d'une infection est probable.

Dossier 17

Une jeune femme de 25 ans consulte pour l'apparition depuis 1 mois d'une éruption érythémateuse et maculeuse du nez et des pommettes, du décolleté et des membres. Elle a depuis 5 jours de la fièvre à 38 °5C et des arthralgies concernant les articulations interphalangiennes, les genoux et les chevilles. Elle vous dit être fatiguée et a perdu 3 kg. À l'interrogatoire, vous apprenez que cette éruption est apparue quelques jours après son arrivée aux Antilles.

Question 1 Quel diagnostic évoquez-vous ? Sur quels arguments ?

Question 2 Quelles autres manifestations cutanéo-muqueuses recherchez-vous à l'interrogatoire et à l'examen clinique ?

Question 3 Quelles anomalies biologiques recherchez-vous ?

L'examen clinique et le bilan biologique éliminent une atteinte viscérale.

Question 4 Quel traitement proposez-vous ?

Question 5 Quelle précaution doit-elle prendre dans cette maladie ? (hors question 6)

Question 6 Que lui proposez-vous pour la contraception ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
20 points

Quel diagnostic évoquez-vous ? Sur quels arguments ?

- Diagnostic : Lupus érythémateux systémique (ou disséminé) .... 8 points
  Arguments :
- Terrain : une femme jeune .... 2 points
- Éruption photodéclenchée .... 2 points
  Topographie de l'éruption :
- Rash malaire et du nez (ou vespertilio) .... 2 points
- Autres zones photo-exposées (décolleté, membres) .... 2 points
- Sémiologie : Éruption érythémateuse et maculeuse .... 2 points
- Signes généraux : Asthénie, perte de poids, fièvre .... 1 point
- Arthralgies .... 1 point

Question 2
20 points

Quelles autres manifestations cutanéo-muqueuses recherchez-vous à l'interrogatoire et à l'examen clinique ?

- Plaques de lupus érythémateux discoïde du visage et du cuir chevelu .... 3 points
- Lésions de lupus érythémateux subaigu du tronc .... 3 points
- Lésions érosives de la muqueuse buccale .... 3 points
- Chute de cheveux diffuse .... 3 points
- Livedo .... 2 points
- Lésions de vasculite (notamment des pulpes) .... 2 points
- Syndrome de Raynaud .... 2 points
- Syndrome sec oculo-buccal .... 2 points
- Lupus tumidus, panniculite lupique .... NC

Question 3
30 points

Quelles anomalies biologiques recherchez-vous ?

NFS-plaquettes :
- Anémie (inflammatoire et/ou hémolytique) .... 2 points
- Leucopénie (par lymphopénie et/ou neutropénie) .... 2 points
- Thrombopénie périphérique .... 2 points

Bilan auto-immun :
- FAN (très sensibles – 95 % –, mais peu spécifiques) .... 2 points
- Anticorps anti-DNA natifs (moins sensibles – 50 à 85 % –, mais beaucoup plus spécifiques du LES) .... 2 points
- Anticorps spécifiques d'antigènes solubles (anticorps anti-ENA) : anti-Sm, anti-SSA, anti-SSB, anti-RNP .... 2 points
- Facteur rhumatoïde .... 2 points
- CH50, C3, C4 : hypocomplémentémie (par consommation et/ou par déficit constitutionnel en C4) .... 2 points

Bilan de coagulation :

- TP, TCA, anticoagulant circulant de type lupique ....2 points
- Anticorps antiphospholipides, anticorps anticardiolipines, sérologie TPHA-VDRL dissociée ....2 points

Syndrome inflammatoire :

- VS élevée, hyperfibrinémie, hyper-alpha2-globinémie ......2 points
- CRP peu élevée sauf si infection concomitante ....2 points

Atteinte rénale

- Urée, créatininémie, hématurie, leucocyturie sans germe, protéinurie des 24 heures..5 points
- Éliminer une infection surajoutée : Hémocultures, ECBU .....1 point

Question 4
10 points

Quel traitement proposez-vous ?

- En hospitalisation (devant l'intensité des symptômes et pour faire le bilan)...2 points
- Traitement symptomatique des douleurs et de la fièvre (Aspirine, Paracétamol, AINS) ....2 points

Traitement du LES cutanéo-articulaire :

- Antimalariques de synthèse : Hydroxychloroquine PLAQUENIL® per os ou Chloroquine NIVAQUINE® per os..2 points
- Chaque jour pendant au moins 3 mois..............................2 points
- Après vérification de l'absence de contre-indication ophtalmologique..2 points

Question 5
10 points

Quelle précaution doit-elle prendre dans cette maladie ? (hors question 6)

- Il lui faut impérativement éviter les expositions solaires (pas d'exposition entre 11 et 16 heures, photoprotection vestimentaire et par des écrans à indices élevés)............10 points

Question 6
10 points

Que lui proposez-vous pour la contraception ?

- Il existe une contre-indication des œstro-progestatifs dans le LES...5 points
- La contraception repose essentiellement, chez cette jeune femme de 25 ans, sur les micropilules progestatives ....5 points

COMMENTAIRES

Les lésions cutanées de type lupus érythémateux discoïde sont observées dans 15 à 20 % des lupus érythémateux systémiques (LES). Elles se manifestent par des plaques bien limitées et associent 3 lésions élémentaires :

1) un érythème (avec parfois des télangiectasies)

2) des squames

3) une évolution vers des cicatrices atrophiques.

Elles se localisent préférentiellement sur le visage, les oreilles et le cuir chevelu.

Les lésions cutanées de lupus érythémateux subaigu sont observées dans 7 à 21 % des LES, essentiellement en présence d'anticorps anti Ro/ SSA. Il s'agit de lésions érythémateuses, maculo-papuleuses dont la disposition annulaire est très évocatrice. Elles se localisent essentiellement sur les zones photo-exposées de la moitié supérieure du tronc.

Ces variantes de lupus discoïde (le plus souvent) et de lupus subaigu (dans la moitié des cas) restent isolées ou pauci-symptômatiques sans évoluer vers un LES.

Les atteintes rénales sévères et les manifestations neurologiques dominent le pronostic du LES.

La présence d'anticorps anti-DNA natifs est l'élément clé du diagnostic biologique de LES.

Le traitement doit être adapté à la gravité de la maladie lupique. Il repose sur la corticothérapie par voie générale dans les atteintes systémiques.

LÉGENDES DES PHOTOS COULEURS

1. alopécie cicatricielle dans le cadre d'un lichen plan. Noter l'aspect cicatriciel du cuir chevelu, avec un érythème et une hyperkératose péripilaire évocatrice. Le prurit est le plus souvent majeur. Se rappeler qu'il faut évoquer 3 diagnostics en priorité devant une alopécie cicatricielle : sclérodermie, lupus cutané, lichen plan pilaire. Voir cas n° 7
2. acné sévère principalement inflammatoire, avec pustules et lésions nodulaires. Voir cas n° 21
3. angiodermite nécrotique. Aspect déchiqueté, livédoide, purpurique, nécrotique des berges ulcéreuses très évocateur. Voir cas n° 29
4. Angiodermite nécrotique. Voir cas n° 29
5. Gingivite candidosique. Dépôt blanchâtre, crémeux, non adhérent à la muqueuse. Voir cas n° 14
6. bottes sclérodermiformes d'insuffisance veineuse chronique. Voir cas n° 28
7. maladie de Bowen, ou carcinome spinocellulaire intraépithélial. Voir cas n° 19
8. carcinome basocellulaire dans une forme sclérodermiforme. Noter le caractère scléreux, atrophique central, avec une bordure perlée papuleuse translucide évocatrice de carcinome basocellulaire. Le plus souvent dans la forme sclérodermiforme, on ne retrouve pas la papule perlée, mais uniquement un aspect scléreux, atrophique. Voir cas n° 38
9. escarre talonnière au stade de plaque nécrotique sèche noire. Détersion manuelle indispensable, avec au minimum une scarification de la lésion pour faciliter le ramollissement de la plaque nécrotique par un hydrogel (laissé en place de 2 à 5 jours selon la saturation du pansement) pour favoriser la détersion autolytique grâce au milieu humide. Voir cas n° 35
10. kératodermie plantaire unilatérale acquise évocatrice d'une dermatophytie. Penser à regarder les mains, les ongles, les plis.
11. nodules scabieux du fourreau (penser au bilan MST dans la gale, surtout avec ce type de localisation). Voir cas n° 20
12. érythème noueux. Dermohypodermite nodulaire passant par les teintes de la biligénie locale. Voir cas n° 27
13. lymphome cutané T (mycosis fungoide) au stade tumoral. Voir cas n° 26
14. dermographisme. Voir cas n° 22
15. ulcère fibrineux malléolaire de type veineux (aspect sclérodermiforme de la peau adjacente, ulcère peu creusant, et malléolaire, absence d'aspect livédoide ou nécrotique au pourtour). Importance de la palpation des pouls et du doppler artériel et veineux. Voir cas n° 28
16. herpès palpébral. Noter l'ombilication centrale (affaissement du centre de la vésiculo-pustule) qui témoigne d'une infection par un virus du groupe herpes virus (VZV, HSV1 et 2). Se méfier du risque d'atteinte oculaire et notamment cornéenne (demander un avis ophtalmologique pour test à la fluorescéine). Voir cas n° 25

17. ulcération creusante, avec mise à nu du tendon, évocatrice d'une origine artérielle. Penser au traitement de la douleur. Voir cas n° 29
18. nodule tumoral. Lymphome cutané B primitif. Voir cas n° 26
19. kératose actinique frontale (zone photoexposée). Lésion fixe, chronique, érythématokératosique, avec adhérence évocatrice. Il s'agit de lésions préépithéliomateuses (risque de transformation en carcinome spinocellulaire) qu'il convient de traiter (azote liquide, 5 fluoro-uracile topique). Importance de la photoprotection et de la surveillance. Voir cas n° 19
20. pelade. À noter l'absence d'orifice pilaire et l'aspect non cicatriciel du cuir chevelu. Voir cas n° 7
21. purpura vasculaire. Noter le caractère polymorphe, infiltré, papuleux (= relief), et nécrotiques des lésions. Voir cas n° 8
22. macules et papules érythémateuses lors d'une toxidermie maculopapuleuse (morbilliforme)
23. lupus cutané chronique dans la forme dite discoïde. Noter la triade évocatrice en zone photoexposée : érythème - squame - atrophie (hypopigmentation cicatricielle avec disparition des follicules pileux. Voir cas n° 17
24. mélanome nodulaire survenant sur une mélanose de Dubreuilh. Voir cas n° 1
25. mélanome de type SSM (0,42 mm de Breslow). Le caractère polychrome, la surface irrégulière, et les contours irréguliers sont autant de critères suspects de malignité. Voir cas n° 1
26. métastases cutanées dites en transit (aspect de grain de plomb en sous cutané) autour d'une cicatrice d'exérèse de mélanome malin. Voir cas n° 1
27. intertrigo candidosique interdigital. Aspect crémeux blanchâtre du fond du pli. Rôle favorisant fréquemment retrouvé de l'immersion fréquente et prolongée des mains dans l'eau (vaisselle notamment. Penser à rechercher la profession). Voir cas n° 14
28. psoriasis en grandes plaques. Noter le caractère bien limité de cette éruption érythémato-squameuse. Voir cas n° 33
29. intertrigo psoriasique. Caractère bilatéral et bien limité évocateur. Noter l'absence de squames dans cette localisation. Voir cas n° 33
30. psoriasis du cuir chevelu. Voir cas n° 33
31. psoriasis palmaire. Le caractère bien limité de cette éruption érythématosquameuse est très évocateur. L'absence de guérison centrale et de bordure micropapulo-vésiculeuse oriente plus vers un psoriasis, que vers une dermatophytie. Voir cas n° 33
32. purpura sénile de Bateman. Noter le caractère ecchymotique du purpura et l'aspect cicatriciel de la peau adjacente avec des cicatrices stellaires achromiques
33. syndrome de Lyell. Décollement superficiel « en linge mouillé » sur un fond érythémateux. Voir cas n° 9

34. syphilides palmaires d'une syphilis secondaire. Aspect très évocateur. Voir cas n° 12

35. papules érythémateuses des doigts faisant suspecter une atteinte cutanée de lupus. Voir cas n° 17

36. urticaire. Noter le caractère bien limité de ces plaques érythémato-papuleuses aux contours arrondis ou figurés. La mobilité et la fugacité (quelques heures à moins de 24 heures) des lésions restant des éléments d'interrogatoire indispensables. En cas de doute pensez à entourer certaines lésions pour en suivre l'évolution. Voir cas n° 22

37. dermatite atopique avec aspect évocateur de l'atteinte des joues. Voir cas n° 10

38. aphte génital. Aspect typique avec fond de couleur « beurre frais » et pourtour érythémateux. Dans cette localisation penser à rechercher une aphtose bipolaire, et à éliminer un herpès génital et une maladie de Behçet. Voir cas n° 13

39. hémangiome palpébral. Importance du suivi dans cette localisation compte tenu du risque d'amblyopie et de cécité. Voir cas n° 4

40. hémangiome en phase de régression. Affaissement de la composante sous cutanée et blanchiment de la zone centrale. Voir cas n° 4

41. angiome plan facial. Eliminez un syndrome de Sturge Weber devant un angiome plan facial. Ici le respect du territoire du V1 est rassurant. Pensez au bilan ophtalmologique et neurologique (IRM, épilepsie) en cas de suspicion de syndrome de Sturge Weber.

42. dermite séborrhéique des ailes du nez. Voir cas n° 33

43. carcinome basocellulaire tatoué du nez. Notez la lésion perlée évocatrice. Voir cas n° 38

44. cellulite nécrosante de la jambe. Notez le caractère polymorphe des lésions avec des lésions nécrotiques, bulleuses. Voir cas n° 5

45. dermatite atpopique impétiginisée. Voir cas n° 10

46. érysipèle de la joue. Notez le caractère bien limité et le bourrelet périphérique.

47. dermatophytie de la peau glabre (herpès circiné). Notez la guérison centrale. Voir cas n° 6

48. érythrodermie d'origine psoriasique. Voir cas n° 23

Dossier 18

Madame A. consulte pour des lésions du visage, apparues depuis 3 jours.

Votre analyse sémiologique des lésions vous permet de porter le diagnostic d'eczéma de contact aigu.

Question 1 Quels sont les caractéristiques cliniques de l'eczéma de contact aigu ?

Question 2 Expliquez sommairement la physiopathologie de l'eczéma de contact.

Question 3 Quels sont, sur le visage, les diagnostics différentiels les plus importants à éliminer ? Citez pour chacun d'entre eux les principaux éléments qui les caractérisent.

Madame A. vous apprend qu'elle a déjà eu à plusieurs reprises dans le passé des éruptions similaires. Malgré un interrogatoire « acharné », vous ne parvenez pas à identifier un ou des allergènes particuliers.

Question 4 Que lui proposez-vous afin d'identifier le ou les allergènes en cause ? Expliquez en brièvement les modalités.

Question 5 Quel traitement proposez-vous ?

Madame A. vous explique que son mari qui travaille dans le bâtiment a « la même chose » au niveau des mains depuis plusieurs mois.

Question 6 Dans l'hypothèse d'un eczéma de cause professionnelle, quelle serait la conduite à tenir ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
12 points

Quels sont les caractéristiques cliniques de l'eczéma de contact aigu ?

- Lésions érythémateuses...2 points
- Vésiculeuses...2 points
- Suintantes (par rupture des vésicules) ....2 points
- Mal limitées (ou émiettées)..2 points
- Prurigineuses..2 points
- Situées initialement sur le site de contact de l'allergène....2 points

Question 2
15 points

Expliquez sommairement la physiopathologie de l'eczéma de contact.

- L'eczéma de contact est une forme de réaction d'hypersensibilité retardée à médiation cellulaire secondaire à l'application sur la peau d'un allergène ......3 points

  Il évolue en 2 phases :
- Une phase de sensibilisation :..2 points
- L'allergène est pris en charge par les cellules de Langerhans de l'épiderme, ces dernières migrent ensuite vers les ganglions lymphatiques. Elles activent alors des lymphocytes T naïfs qui prolifèrent et se différencient en lymphocytes mémoires circulants ....2 points
- Cette phase est asymptomatique (ou silencieuse).............2 points
- Une phase de révélation (ou de déclenchement) : ....2 points
- Elle survient chez un sujet déjà sensibilisé, 24 à 48 heures après un nouveau contact avec l'allergène ......2 points
- Les lymphocytes T mémoire reconnaissent l'allergène présenté par les cellules de Langerhans, ils prolifèrent et sécrètent des cytokines pro-inflammatoires ....2 points

Question 3
20 points

Quels sont, sur le visage, les diagnostics différentiels les plus importants à éliminer ? Citez pour chacun d'entre eux les principaux éléments qui les caractérisent.

- Érysipèle de la face ....2 points
  - o Placard inflammatoire ....1 point
  - o Bien limité...1 point
  - o Contexte septique : fièvre, frissons, hyperleucocytose ....1 point
- Œdème de Quincke (ou angio-œdème de la face) ....2 points
  - o Tuméfaction ferme, rose pâle..1 point
  - o mal limitée de la peau et/ou des muqueuses..................1 point
  - o Sensation de tension ....1 point

- o Absence de prurit .... 1 point
- o Isolé ou associé à une urticaire superficielle .... 1 point
- o Pouvant évoluer vers une asphyxie par œdème de la luette ou vers un choc anaphylactique .... 1 point
- Zona de la face .... 2 points
  - o Placard érythémateux secondairement recouvert de vésicules qui deviennent croûteuses et parfois nécrotiques .... 1 point
  - o Topographie unilatérale et métamérique (ou radiculaire) .... 1 point
  - o Présence d'une adénopathie dans le territoire de l'éruption .... 1 point
  - o Douleurs unilatérales souvent intenses .... 1 point
  - o Syndrome infectieux discret .... 1 point

Question 4
18 points

Que lui proposez-vous afin d'identifier le ou les allergènes en cause ? Expliquez en brièvement les modalités.

- Tests épicutanés ou patch-tests .... 8 points
- Réalisés à distance de la poussée d'eczéma .... 2 points
- Orientés par l'interrogatoire si possible .... 2 points
- Les différents allergènes sont appliqués sous occlusion sur le dos pendant 48 heures .... 2 points
- La lecture est faite à 48 heures, une deuxième lecture est réalisée après 72 à 96 heures (parfois à 7 jours pour certains allergènes) .... 2 points
- On réalise habituellement la batterie standard européenne et les produits apportés par le patient (éventuellement des batteries spécialisées orientées : coiffure, photographie...) .... 2 points

Question 5
15 points

Quel traitement proposez-vous ?

- Éviction du ou des allergènes incriminés .... 5 points
- Le traitement repose sur une corticothérapie locale .... 5 points
- De classe 2, une à deux fois par jour jusqu'à disparition des symptômes (environ 1 semaine) .... 5 points

Question 6
20 points

Dans l'hypothèse d'un eczéma de cause professionnelle, quelle serait la conduite à tenir ?

- Arrêt de travail .... 5 points
- Réalisation de tests épicutanés (afin d'identifier les allergènes responsables) .... 5 points
- Déclaration en maladie professionnelle indemnisable si l'origine professionnelle de l'eczéma est confirmée .... 5 points
- Aménagement de l'activité professionnelle en collaboration avec le médecin du travail .... 5 points

COMMENTAIRES

Dans l'eczéma de contact, toujours penser à l'éviction de l'allergène, condition indispensable pour la guérison !

En cas de persistance ou d'aggravation des lésions sous traitement, penser à un eczéma de contact... aux dermocorticoïdes ! Il faut dans cette hypothèse réaliser des patchtests tests aux dermocorticoïdes, avec une lecture des tests tardive (J7).

Les eczémas de contact de cause professionnelle sont parmi les plus fréquentes des maladies professionnelles indemnisables.

Le traitement repose sur les corticoïdes locaux. Il n'y a pas d'indication à une corticothérapie systémique.

Dossier 

Monsieur X., âgé de 65 ans, sans antécédent, consulte pour une lésion de la joue. Il vous explique qu'il avait depuis deux ans un « petit bouton » et que celui-ci s'est modifié et a grossi depuis quelques semaines. La lésion mesure 1,5 cm de diamètre. Le reste de l'examen clinique est normal.

L'anamnèse et l'aspect clinique vous font retenir le diagnostic de carcinome cutané.

Question 1 Quels sont les deux types de carcinomes cutanés que vous connaissez ?

Question 2 Quel est le principal facteur causal des carcinomes cutanés ?

Question 3 Quelle était probablement, compte tenu de l'évolution, la nature de ce « petit bouton » ?

Que pouvez-vous en déduire *a priori* quant au type de carcinome cutané de Monsieur X. ?

Question 4 Quel est le moyen de le confirmer ?

Question 5 Quelles sont les complications les plus fréquentes de ce type de carcinome ?

Question 6 Quel traitement envisagez-vous en cas de confirmation chez Monsieur X. ? Pourquoi choisissez-vous ce traitement ?

Question 7 Quelle prévention peut-on proposer pour ce type de carcinome ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
10 points

Quels sont les deux types de carcinomes cutanés que vous connaissez ?

- Carcinomes basocellulaires ....5 points
- Carcinomes spinocellulaires ou épidermoïdes..................5 points

Question 2
10 points

Quel est le principal facteur causal des carcinomes cutanés ?

- L'exposition solaire (répétée)...10 points

Question 3
20 points

Quelle était probablement, compte tenu de l'évolution, la nature de ce « petit bouton » ?

Que pouvez-vous en déduire *a priori* quant au type de carcinome cutané de monsieur X. ?

- Lésion pré-cancéreuse : kératose actinique (ou solaire) très probable ....10 points
- Ce carcinome est survenu sur une lésion pré-cancéreuse, il s'agit donc *a priori* d'un carcinome épidermoïde (ou spinocellulaire), car le carcinome basocellulaire ne survient pas sur une lésion pré-cancéreuse................10 points

Question 4
7 points

Quel est le moyen de le confirmer ?

- Réalisation d'une biopsie de la lésion ....2 points
- pour étude histopathologique...5 points

Question 5
13 points

Quelles sont les complications les plus fréquentes de ce type de carcinome ?

- Récidives locales...8 points
- Métastases ganglionnaires ....3 points
- Métastases viscérales ....2 points

Question 6
25 points

Quel traitement envisagez-vous en cas de confirmation chez Monsieur X. ? Pourquoi choisissez-vous ce traitement ?

- Exérèse chirurgicale large de la tumeur ....5 points
  La chirurgie permet :
- Un contrôle histologique de la pièce d'exérèse ....5 points
- De s'assurer que l'exérèse est complète avec des marges correctes (de l'ordre de 5 mm) ....5 points
- Compte tenu de la localisation de la lésion et de sa taille, elle peut se faire sous anesthésie locale ....5 points
- Ce traitement est suffisant en l'absence d'adénopathie ganglionnaire..5 points

Question 7
15 points

Quelle prévention peut-on proposer pour ce type de carcinome ?

- Photoprotection (éviter les expositions solaires entre 11 et 16 heures, protection vestimentaire et par des écrans à indices élevés) ....5 points
- Traitement des lésions pré-cancéreuses ....5 points
- Suivi réguliers des patients à risque (notamment les patients aux antécédents de carcinome épidermoïde, les sujets immunodéprimés, les patients traités par PUVAthérapie) ....5 points

COMMENTAIRES

Développés au dépens du kératinocyte, les carcinomes basocellulaires (CBC) et épidermoïdes (CE) ont une évolutivité différente :

- Les CBC sont les plus fréquents des carcinomes épithéliaux (2/3). Ils ne surviennent pas sur une lésion pré-cancéreuse. Ils ne sont pas localisés sur les muqueuses. L'évolution est purement locale, sans métastases à distance.

- Les CE (1/3 des carcinomes épithéliaux) surviennent souvent sur une lésion pré-cancéreuse : kératoses actiniques, cicatrices de brûlures, radiodermite, plaies chroniques, lichen scléro-atrophique des muqueuses génitales, lésions muqueuses à papillovirus humain (HPV). D'autres carcinogènes peuvent favoriser le développement de CE tels l'exposition aux radiations ionisantes, l'arsenic et le tabac (en particulier pour le CE de la lèvre inférieure). Les CE sont potentiellement agressifs (métastases ganglionnaires et viscérales).

Tous deux voient leur incidence augmenter régulièrement du fait de l'allongement de la durée de vie et des habitudes comportementales, en particulier l'exposition solaire répétée.

Leur prise en charge est essentiellement chirurgicale.

Enfin, il existe un troisième type de carcinomes épithéliaux : ce sont les carcinomes annexiels, issus des annexes épithéliales pilo-sébacées et sudorales. Ils sont rares (1 % des carcinomes épithéliaux) mais susceptibles de métastaser.

Dossier 

Madame E., aide soignante dans un service de Long Séjour, consulte en raison d'un prurit féroce généralisé depuis un mois. Elle est accompagnée de son mari et de leur enfant de 4 mois. Monsieur E. a lui aussi depuis quelques jours un prurit invalidant. Tous les trois ont des lésions cutanées.

Question 1 Quel est le diagnostic le plus probable ? Sur quels arguments ? Quels autres arguments recherchez-vous à l'interrogatoire ?

Question 2 Que recherchez-vous à l'examen clinique chez les 2 adultes ?

Question 3 Que recherchez-vous chez l'enfant ?

Question 4 Quel est le moyen de confirmer votre diagnostic ? Avez-vous besoin impérativement de cette confirmation pour proposer le traitement ?

Question 5 Quel est le traitement habituel que vous proposez pour la famille E. ?

Question 6 Que faut-il faire de plus ? Argumentez brièvement votre conduite à venir.

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
20 points

Quel est votre diagnostic le plus probable ? Sur quels arguments ? Quels autres arguments recherchez-vous à l'interrogatoire ?

- Diagnostic : Gale acarienne humaine ....10 points
  Arguments :
- Prurit familial..6 points
- Prurit généralisé ....1 point
  Autres arguments à rechercher :
- Le prurit est à recrudescence nocturne................................1 point
- Le prurit épargne le visage ....1 point
- La notion d'un contage pour Madame E (notamment professionnel) ....1 point

Question 2
25 points

Que recherchez-vous à l'examen clinique chez les 2 adultes ?

- Recherche du signe spécifique de la gale : le sillon scabieux qui est une petite lésion sinueuse correspondant au trajet de l'acarien femelle dans la couche cornée. À son extrémité, peut se trouver l'acarien sous forme d'une petite éminence ....3 points
  Autres lésions :
- Les vésicules perlées : petites papules sur une base érythémateuse...2 points
- Lésions de grattage ....2 points
- Lésions surinfectées..2 points
- Ces lésions ont une topographie évocatrice ....2 points
- Espaces interdigitaux...2 points
- Face antérieure des poignets...2 points
- Coudes et emmanchures antérieures ....2 points
- Ombilic ....2 points
- Fesses ....2 points
- Organes génitaux externes chez l'homme : « chancre scabieux », qui est une papule prurigineuse excoriée ....2 points
- Mamelon et aréole mammaire chez la femme ....2 points

Question 3
10 points

Que recherchez-vous chez l'enfant ?

- En plus des lésions retrouvées chez l'adulte.......................2 points
  Lésions évocatrices de gale chez le nourrisson :
- Vésicules et pustules sur les plantes et les paumes ....5 points
- Nodules scabieux des creux axillaires ....3 points

Question 4
10 points

Quel est le moyen de confirmer votre diagnostic ? Avez-vous besoin impérativement de cette confirmation pour proposer le traitement ?

- Confirmation par le prélèvement parasitaire : éventuellement après visualisation des sillons par l'encre, ouverture des sillons avec un vaccinostyle, recueil du matériel si possible jusqu'à l'éminence acarienne et examen direct au microscope à la recherche des œufs ou des acariens adultes femelles ....5 points
- Non, la mise en évidence du sarcopte n'est pas obligatoire, les arguments anamnestiques et cliniques peuvent suffire pour proposer un traitement d'épreuve....................5 points

Question 5
20 points

Quel est le traitement habituel que vous proposez pour la famille E. ?

- Traitement local ....3 points
- Appliqué en même temps aux 3 sujets atteints et à l'entourage familial....................5 points
- Avec Benzoate de benzyle ASCABIOL®....................4 points
- Une application sur la totalité du corps, sauf le visage, pendant 24 heures chez les adultes et les enfants de plus de 2 ans....................1 point
- Dilué dans 2 à 3 volumes d'eau pour les enfants de moins de 2 ans et appliqué pendant 6 à 12 heures ....1 point
- Désinfection parallèle du linge utilisé depuis 5 jours le même jour que le traitement avec lavage à 60 °C ou par pulvérisation avec un acaricide....................4 points
- En cas de surinfection, traitement antibiotique par voie générale antistreptococcique et antistaphylococcique débuté en même temps que le traitement acaricide....................2 points

Question 6
15 points

Que faut-il faire de plus ? Argumentez brièvement votre conduite à tenir.

- Il est impératif de rechercher des cas de gale parmi les collègues et les patients du service de Long Séjour où travaille Madame E. En effet, il est possible que le contage soit professionnel car les épidémies de gale en milieu hospitalier ne sont pas exceptionnelles. Par ailleurs, même si le contage est extraprofessionnel, le métier d'aide soignante suppose beaucoup de contacts avec les patients et nous renvoie à la même conduite à tenir....................8 points

  En raison de la difficulté à effectuer le traitement local classique chez toutes les personnes en même temps, on peut proposer un traitement oral par Ivermectine STROMECTOL*
- À la dose unique de 200 μg/kg ....5 points
- À associer à la désinfection parallèle du linge le même jour que le traitement avec lavage à 60 °C ou par pulvérisation avec un acaricide ....2 points

COMMENTAIRES

Précisez bien qu'il s'agit d'une gale acarienne humaine car il existe aussi des gales acariennes animales (chien, chat, porc...). La transmission de ces gales à l'homme est possible mais exceptionnelle en raison de l'adaptation étroite de chaque variété à son hôte. Dans ces gales animales, il existe un prurit avec des lésions excoriées mais pas de sillon. Le prélèvement de la litière peut être utile au diagnostic.

La seule notion d'un prurit familial DOIT de principe faire évoquer le diagnostic de gale.

Y penser même chez les « gens propres », où les lésions sont plus discrètes et les surinfections rares.

Bien connaître les zones « bastions » de la gale : la topographie des lésions est en effet très évocatrice et doit mettre la puce à l'oreille.

L'Ivermectine a l'AMM dans la gale depuis septembre 2001. Il est utilisable dès l'âge de 5 ans (au-delà de 15 kg à condition d'écraser les comprimés).

Sa place par rapport aux traitements locaux reste à déterminer.

Il se prend en une dose unique. Une seconde prise est recommandée à J14 uniquement en cas de gale profuse ou d'immunodépression.

Il trouve sa place dans les épidémies de gale en raison de la simplicité du traitement.

Bien sûr, il n'épargne pas le traitement du linge.

Dossier 21

Mademoiselle G., âgée de 16 ans, consulte en raison d'une acné apparue depuis 3 ans. Celle-ci est profuse, essentiellement inflammatoire et concerne le visage, le dos et le décolleté. Elle n'a jusqu'à présent jamais eu de traitement pour cette acné. Elle n'a pas d'antécédent particulier et ne prend aucun médicament.

Question 1 Quelles sont les lésions élémentaires de l'acné ? Citez-les sans les décrire.

Question 2 Quand suspectez-vous une hyperandrogénie ?

Excepté l'acné, l'examen clinique de Mademoiselle G. est normal.

Question 3 Quel traitement lui proposez-vous ? Justifiez votre choix.

Elle consulte de nouveau six mois plus tard. Elle vous explique que le traitement a un peu amélioré les choses mais que rapidement après son arrêt, l'acné a récidivé de façon encore plus importante. Effectivement, vous constatez une acné mixte, sévère, du visage et du tronc. Le reste de l'examen est sans particularité.

Question 4 Quel traitement proposez-vous dans cette situation ? Justifiez uniquement votre choix sans détailler la prescription.

Question 5 Quelles précautions faut-il prendre avant de pouvoir prescrire ce traitement ? Pour quelle raison ?

Question 6 Quel est le principal effet secondaire local de ce traitement ? Que conseillez-vous pour le limiter ?

Question 7 Comment appelle-t-on la forme la plus grave de l'acné ? Quels en sont les signes cliniques ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
20 points

Quelles sont les lésions élémentaires de l'acné ? Citez-les sans les décrire.

- L'hyperséborrhée..4 points
- Les lésions rétentionnelles : ....3 points
  - Les comédons ....2 points
  - Les microkystes ....2 points
- Les lésions inflammatoires : ....3 points
  - Les pustules...2 points
  - Les papules..2 points
  - Les nodules ....2 points

Question 2
12 points

Quand suspectez-vous une hyperandrogénie ?

- Acné féminine grave et résistante aux traitements.............3 points
- Hirsutisme ....3 points
- Alopécie androgénétique (ou de type masculin)...............3 points
- Règles irrégulières ....3 points

Question 3
20 points

Quel traitement lui proposez-vous ? Justifiez votre choix.

- Indication d'un traitement antibiotique par voie générale...4 points
- Devant l'étendue des lésions (visage, dos, décolleté) ....3 points
- La prédominance des lésions inflammatoires....................3 points
- L'absence de traitement antibiotique systémique antérieur ....3 points
- En l'absence d'allergie et de grossesse...........................2 points
- Par une cycline ....2 points
- Prise quotidiennement pendant au moins 3 mois...............2 points
- Par exemple Doxycycline 100 mg/j ....NC
- Associé à un traitement local, par exemple un peroxyde de benzoyle appliqué le soir (mais pas une antibiothérapie locale en association avec une antibiothérapie systémique)..1 point

Question 4
10 points

Quel traitement proposez-vous dans cette situation ? Justifiez uniquement votre choix sans détailler la prescription.

- Traitement systémique par isotrétinoïne ROACCUTANE® (ou CURACNE® ou PROCUTA®).......................................5 points
- Justification : acné sévère ayant résisté à un traitement standard par antibiotiques oraux associés à un traitement local ....5 points

Question 5
25 points

Quelles précautions faut-il prendre pour pouvoir prescrire ce traitement ? Pour quelle raison ?

> - L'isotrétinoïne étant tératogène .... 4 points
> 1) Il faut impérativement s'assurer que Mademoiselle G. a une contraception efficace par une pilule oestroprogestative, débutée depuis plus d'un mois (qu'elle devra poursuivre pendant toute la durée du traitement et un mois après son arrêt) .... 5 points
> 2) S'assurer aussi de l'absence de grossesse .... 4 points
>   - o En réalisant un test de grossesse au maximum 72 heures avant le début du traitement par la recherche qualitative des ß-HCG plasmatiques .... 3 points
>   - o Le test étant à réaliser le 2 ou 3ᵉ jour du cycle .... 3 points
> - Il faut donc fournir une information détaillée du risque tératogène .... 2 points
> - Et faire signer l'accord de soin et de contraception par la patiente .... 2 points
> - Nécessité aussi, avant de débuter le traitement, de réaliser le dosage sanguin de : cholestérol total, triglycérides, ASAT et ALAT .... 2 points

Question 6
5 points

Quel est le principal effet secondaire cutanéo-muqueux de ce traitement ? Que conseillez-vous pour le limiter ?

> - La sécheresse cutanéo-muqueuse (muqueuses labiales, nasales et oculaires essentiellement) .... 3 points
> - Hydrater à volonté avec un émollient, des larmes artificielles, un stick labial, utiliser un savon doux pour la toilette et les mesures de photoprotection .... 2 points

Question 7
8 points

Comment appelle-t-on la forme la plus grave de l'acné ? Quels en sont les signes cliniques ?

> - Il s'agit de l'acné fulminante .... 3 points
>   Elle associe :
> - Des lésions acnéiques qui deviennent brutalement très inflammatoires et nécrotiques .... 1 point
> - Fièvre d'allure septique à 39-40 °C .... 1 point
> - Altération de l'état général .... 1 point
> - Arthralgies .... 1 point
> - Myalgies .... 1 point

COMMENTAIRES

Le diagnostic de l'acné est clinique.

La prépondérance de telles ou telles lésions élémentaires permet de classer l'acné en des formes rétentionnelles ou inflammatoires.

ATTENTION : La prescription d'isotrétinoïne est entourée de multiples précautions en raison de sa tératogénicité.

- Il faut donc en informer les patientes.
- Leur faire signer l'accord de soin et de contraception.
- S'assurer d'une contraception efficace chez toute femme en âge de procréer, débutée au moins un mois avant le début du traitement, poursuivie pendant toute sa durée et un mois après son arrêt.
- Faire un test de grossesse sérique qualitatif avant la première prescription puis chaque mois et 5 semaines après l'arrêt du traitement.

Dossier 22

Monsieur M., âgé de 35 ans consulte en raison d'une éruption apparue depuis 48 heures. Il n'a aucun antécédent, notamment dermatologique.

Vous diagnostiquez une urticaire superficielle aiguë typique.

Question 1 Quelles sont les caractéristiques sémiologiques de l'urticaire superficielle aiguë typique ?

Question 2 Quelles sont les 2 principales causes de l'urticaire aiguë ? Quel est le délai entre le facteur déclenchant et l'apparition de l'éruption ?

Votre interrogatoire ne permet pas de trouver d'explication à cette urticaire.

Question 3 Quel bilan proposez-vous à Monsieur M. ? Justifiez votre réponse.

Question 4 Quel traitement lui proposez-vous ?

Monsieur M. consulte 2 ans plus tard. Il vous explique que la poussée inaugurale d'urticaire pour laquelle vous l'aviez vu une première fois a disparu en quelques jours mais que de nouveau, il est « en crise » depuis la veille.

L'urticaire est, ce jour, profonde. Le reste de l'examen clinique est normal.

Question 5 Quelles sont les caractéristiques cliniques de l'urticaire profonde ?

Question 6 Quels sont les risques de l'urticaire profonde ? Citez-les sans les détailler.

Vous reprenez un interrogatoire minutieux et apprenez que Monsieur M. prend depuis 10 jours un inhibiteur de l'enzyme de conversion à visée anti-hypertensive.

Question 7 Quelle est votre conduite concernant cet inhibiteur de l'enzyme de conversion ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
15 points

Quelles sont les caractéristiques sémiologiques de l'urticaire superficielle aiguë typique ?

- Papules rosées ....3 points
- Fugaces : elles disparaissent en moins de 24 heures sans laisser de cicatrice ....3 points
- Mobiles : alors qu'elles s'affaissent sur certaines zones du tégument, elles émergent dans d'autres ....3 points
- Prurigineuses...3 points
- Les poussées évoluent sur une durée inférieure à 6 semaines...3 points

Question 2
15 points

Quelles sont les 2 principales causes de l'urticaire aiguë ? Quel est le délai entre le facteur déclenchant et l'apparition de l'éruption ?

1) Causes alimentaires...5 points
2) Causes médicamenteuses ....5 points
- Le délai est de l'ordre de quelques minutes à quelques heures ....5 points

Question 3
20 points

Quel bilan proposez-vous à Monsieur M. ? Justifiez votre réponse.

- Aucun ....10 points
- Car il s'agit d'une urticaire aiguë commune ou typique, seul un interrogatoire « acharné » se justifie ....10 points

Question 4
10 points

Quel traitement lui proposez-vous ?

- Le traitement repose sur un anti-histaminique ....5 points
- On privilégie, en première intention, une monothérapie par une molécule de seconde génération, peu ou pas sédative, par exemple Cétirizine ZYRTEC®, 1 comprimé par jour pendant une dizaine de jours ....5 points

Question 5
15 points

Quelles sont les caractéristiques cliniques de l'urticaire profonde ?

- Tuméfaction ferme, mal limitée ....3 points
- Provoquant une sensation de tension douloureuse............3 points
- Sans prurit ....3 points
- Sans érythème ....3 points
- Touchant la peau ou les muqueuses ....3 points

Question 6
10 points

Quels sont les risques de l'urticaire profonde ? Citez-les sans les détailler.

- En cas de localisation aux muqueuses de la sphère oro-laryngée, risque d'asphyxie par œdème de la glotte....................5 points
- L'urticaire profonde peut être le signe inaugural du choc anaphylactique....................5 points

Question 7
15 points

Quelle est votre conduite concernant cet inhibiteur de l'enzyme de conversion ?

- Arrêt de l'inhibiteur de conversion....................5 points
- Relais par un autre antihypertenseur....................2 points
- Contre-indication définitive de tous les inhibiteurs de l'enzyme de conversion....................5 points
- Associée à la contre-indication définitive des antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II (Sartans)....................3 points

COMMENTAIRES

L'urticaire est dite chronique si les poussées, le plus souvent quotidiennes, évoluent depuis plus de 6 semaines. En deçà, on parle d'urticaire aiguë.

Les urticaires récidivantes sont définies par un intervalle libre plus ou moins long entre chaque poussée.

Il s'agit d'une éruption très prurigineuse, mais curieusement, les lésions de grattage sont rares.

Seules les urticaires chroniques justifient un bilan. En l'absence d'éléments d'orientation, celui-ci est succinct : NFS, VS, CRP, TSH et anticorps antithyroïdiens (cf. la conférence de consensus parue dans les Annales de Dermatologie et Vénéréologie en mai 2003, Éditions Masson).

Ce bilan est le plus souvent négatif, en effet, les urticaires idiopathiques constituent 50 à 80 % des urticaires chroniques.

Dans l'urticaire superficielle, l'œdème est dermique, alors qu'il est hypodermique dans l'urticaire profonde (ou angio-œdème ou œdème de Quincke).

L'urticaire profonde peut être isolée (notamment dans l'œdème angio-neurotique par déficit en inhibiteur de la C1 estérase) ou associée à une urticaire superficielle, aiguë ou chronique. Le pronostic est bien sûr conditionné par l'existence d'une atteinte muqueuse oro-laryngée.

Un des effets secondaires connus des IEC est l'apparition d'angio-œdèmes. Ils surviennent généralement dans les 3 premières semaines de traitement mais peuvent également apparaître plusieurs mois voire plusieurs années après. Ils ne sont généralement pas associés à une urticaire superficielle. Plus récemment, des angio-œdèmes ont été rapportés avec des antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II.

Dossier 23

Vous voyez Monsieur Z. âgé de 50 ans, en consultation pour une éruption apparue 10 jours auparavant. À l'interrogatoire, vous apprenez que celle-ci était initialement située sur le tronc et qu'elle s'est rapidement étendue. À l'examen, vous constatez une érythrodermie.

Question 1 Qu'est-ce qu'une érythrodermie ?

Question 2 Quelles sont les deux maladies dermatologiques les plus fréquemment en cause dans les érythrodermies de l'adulte ?

Monsieur Z. n'a aucun antécédent dermatologique. Par contre, vous apprenez qu'il prend depuis peu de l'allopurinol. Vous suspectez un syndrome d'hypersensibilité médicamenteuse.

Question 3 Que recherchez-vous principalement à l'examen clinique pour étayer votre suspicion diagnostique ?

Question 4 Que recherchez-vous principalement sur la biologie pour étayer votre suspicion diagnostique ?

Question 5 Quel est le délai habituel entre la prise médicamenteuse et le début de l'éruption dans le cas d'un syndrome d'hypersensibilité médicamenteuse ?

Question 6 Quelle prise en charge proposez-vous ?

Question 7 Quelles informations pouvez-vous donner à Monsieur Z. quant à la guérison de son syndrome d'hypersensibilité médicamenteuse dans le cas d'une évolution favorable ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
10 points

Qu'est-ce qu'une érythrodermie ?

- Il s'agit d'un érythème qui concerne plus de 90 % de la surface corporelle .... 4 points
- Associé le plus souvent à une desquamation .... 3 points
- Et d'évolution prolongée .... 3 points

Question 2
10 points

Quelles sont les deux maladies dermatologiques les plus fréquemment en cause dans les érythrodermies de l'adulte ?

- Le psoriasis .... 5 points
- L'eczéma (atopique et de contact) .... 5 points

Question 3
18 points

Que recherchez-vous principalement à l'examen clinique pour étayer votre suspicion diagnostique ?

- Érythrodermie infiltrée .... 3 points
- Œdème du visage .... 3 points
- Atteinte muqueuse (chéilite, stomatite, conjonctivite) .... 3 points
- Fièvre élevée .... 3 points
- Adénopathies diffuses .... 3 points
- Altération de l'état général .... 3 points

Question 4
12 points

Que recherchez-vous principalement sur la biologie pour étayer votre suspicion diagnostique ?

- Une hépatite cytolytique .... 5 points
- Une hyperéosinophilie .... 5 points
- Une hyperlymphocytose avec syndrome mononucléosique .... 2 points

Question 5
10 points

Quel est le délai habituel entre la prise médicamenteuse et le début de l'éruption dans le cas d'un syndrome d'hypersensibilité médicamenteuse ?

- Le délai est plus long que dans les autres formes de toxidermie .... NC
- Habituellement : entre 2 et 6 semaines .... 10 points

Question 6
32 points

Quelle prise en charge proposez-vous ?

- **Arrêt immédiat et définitif de l'allopurinol .... 4 points**
- **Hospitalisation en urgence .... 4 points**

Pour surveillance clinique et biologique de :

- **L'état cutanéo-muqueux .... 3 points**
- **La cytolyse hépatique .... 3 points**
- **L'hyperéosinophilie .... 3 points**

Pour rechercher d'autres complications qui sont essentiellement :

- **Une pneumopathie interstitielle .... 2 points**
- **Une néphropathie interstitielle .... 2 points**
- **Une myocardite .... 2 points**
- **Réaliser une biopsie cutanée .... 2 points**

Mettre en place un traitement symptomatique

- **Hygiène cutanée .... 2 points**
- **Soins des muqueuses .... 2 points**
- **Prise en charge de la douleur .... 2 points**
- **Une corticothérapie sera discutée au cas par cas devant notamment l'existence d'une hépatite grave, d'une hyperéosinophilie maligne ou d'une autre atteinte systémique grave .... 1 point**

Question 7
8 points

Quelles informations pouvez-vous donner à Monsieur Z. quant à la guérison de son syndrome d'hypersensibilité médicamenteuse dans le cas d'une évolution favorable ?

- **La guérison est plus longue que pour les autres toxidermies, soit environ un mois .... 4 points**
- **Elle peut être entrecoupée de poussées .... 4 points**

COMMENTAIRES

L'érythrodermie est un érythème généralisé associé à une desquamation et d'évolution prolongée.

Il s'agit d'une urgence dermatologique.

Elle peut s'accompagner d'un œdème important avec sensation de tension douloureuse et retentissement hémodynamique pouvant conduire à une défaillance cardiaque, respiratoire ou rénale.

Attention aussi aux complications infectieuses :

- Cutanées : à Staphylocoques, HSV, VZV
- Pneumopathies
- Septicémies

Les causes d'érythrodermies les plus fréquentes chez l'adulte sont :

- Le psoriasis
- L'eczéma
- Certaines toxidermies : le syndrome d'hypersensibilité médicamenteuse ou DRESS (Drug Rash with hyperEosinophilia and Systemic Symptoms)
- Les lymphomes cutanés épidermotropes, en particulier le syndrome de Sézary, qu'il faut évoquer essentiellement devant :
    - o Une érythrodermie chronique, prurigineuse, infiltrée, sèche ou œdémateuse, souvent pigmentée et associée à des adénopathies d'allure tumorale.
    - o La biopsie cutanée, la positivité de la recherche de cellules de Sézary dans le sang et la mise en évidence de la clonalité de ces cellules dans le sang et la peau permettent de porter le diagnostic.
- Plus rarement : gale croûteuse dite « norvégienne », la maladie du greffon contre l'hôte, la dermatite séborrhéique surtout chez l'enfant... et bien sûr les érythrodermies idiopathiques qui souvent évolueront vers un lymphome cutané.

Chez l'enfant de plus de 3 mois, les étiologies des érythrodermies sont les mêmes que chez l'adulte. Avant 3 mois, il faut différencier les érythrodermies congénitales correspondant à des maladies de la kératinisation et les érythrodermies acquises correspondant généralement à une dermatite atopique, un psoriasis ou une dermatite séborrhéique (maladie de Leiner-Moussous).

Dossier 

Vous voyez en consultation Pauline âgée de 5 ans, sans antécédent. Sa maman vous explique qu'elle a une éruption depuis 4 jours et qu'il s'agit probablement de la varicelle car il y a eu plusieurs cas à l'école.

Question 1 Quel est l'agent responsable de la varicelle ?

Question 2 Quelle est la lésion élémentaire de la varicelle ? Quels sont les autres arguments que vous recherchez pour faire le diagnostic ?

Question 3 Quelles sont les complications les plus fréquentes de la varicelle ?

Pauline n'a à ce jour aucune complication.

Question 4 Quel traitement proposez-vous ?

Au cours de la consultation, vous apprenez que le grand-père de Pauline a eu un zona intercostal il y a 3 mois.

Question 5 Quels sont les arguments cliniques du diagnostic de zona ?

Question 6 S'agissant de son zona, quelle est la complication la plus fréquente à laquelle est exposé le grand-père de Pauline ?

Question 7 Quel est le moyen de prévenir cette complication ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
5 points

Quel est l'agent responsable de la varicelle ?

- Virus zona-varicelle (VZV)....................................3 points
- Virus à ADN du groupe des herpès virus..........................2 points

Question 2
25 points

Quelle est la lésion élémentaire de la varicelle ? Quels sont les autres arguments pour en faire le diagnostic ?

- Lésion élémentaire : la vésicule..5 points
  Autres arguments :
- Absence d'antécédent personnel de varicelle...................2 points
- Contage une quinzaine de jours auparavant....................2 points
- Vésicules d'âge différent sur la peau ....2 points
  - o En goutte de rosée ....2 points
  - o Ombiliquées ....2 points
  - o Croûteuses...2 points
- Vésicules sur les muqueuses buccales et vulvaires (sous forme de petites érosions séparées) ....2 points
- Topographie d'installation de l'éruption :
  - o Atteinte du cuir chevelu, tronc et muqueuses.................2 points
  - o Puis des membres avec respect des zones palmo-plantaires ....2 points
  - o Enfin du visage ....2 points

Question 3
15 points

Quelles sont les complications les plus fréquentes de la varicelle ?

- Surinfection ou impétiginisation ....5 points
- Pneumopathie varicelleuse ....5 points
- Ataxie cérébelleuse ....5 points

Question 4
12 points

Quel traitement proposez-vous ?

- Soins d'hygiène : toilette quotidienne avec une solution moussante antiseptique ....4 points
- Proscrire crèmes, pommades, talc (risque de macération et de surinfection) ....2 points
- Si fièvre : paracétamol...2 points
- Proscrire AINS et aspirine car risque de syndrome de Reye...2 points
- En cas de prurit important, anti-histaminique sédatif (par exemple Dexchlorphéniramine POLARAMINE®) ......2 points
- Éviction scolaire ....NC
- Pas d'indication à un traitement antiviral..................................NC

Question 5
25 points

Quels sont les arguments cliniques du diagnostic de zona ?

- Topographie unilatérale et radiculaire des symptômes.....5 points
  Comprenant chronologiquement :
- Des douleurs à type de brûlures pendant quelques jours..3 points
- Puis apparition sur le site douloureux de placards érythémateux..3 points
- Recouverts en quelques heures de vésicules à liquide clair groupées en bouquet..3 points
- Après 2, 3 jours, les vésicules se flétrissent puis se dessèchent en croûtelles qui tombent une dizaine de jours plus tard..3 points
- Les douleurs radiculaires accompagnent la durée de l'éruption et peuvent persister au-delà..............................5 points
- Il existe une adénopathie dans le territoire de l'éruption..3 points

Question 6
10 points

S'agissant de son zona, quelle est la complication la plus fréquente à laquelle est exposé le grand-père de Pauline ?

- Les algies post-zostériennes qui sont des douleurs neuropathiques de désafférentation................................10 points

Question 7
8 points

Quel est le moyen de prévenir cette complication ?

- Valaciclovir ZELITREX® 1gramme 3 fois par jour pendant 7 jours...5 points
- Le traitement doit être débuté avant la 72e heure de la phase éruptive..3 points

COMMENTAIRES

Varicelle et zona sont dus au même virus VZV. La varicelle correspond à la primo-infection et le zona à une récurrence.

La varicelle est habituellement bénigne dans l'enfance et ne nécessite alors que des soins locaux antiseptiques et pas de traitement anti-viral.

La question de l'éviction scolaire n'a pas de réponse consensuelle. Elle est théoriquement fonction de l'état clinique de l'enfant mais de nombreuses collectivités imposent une éviction jusqu'à la chute des croûtes.

La survenue d'une varicelle chez la femme enceinte comporte un risque de fœtopathie varicelleuse surtout entre la 13ᵉ et la 20ᵉ semaine avec atteintes neurologiques, ophtalmalogiques, musculo-squelettiques.

Il existe un risque de varicelle néonatale si la varicelle survient dans les 5 jours précédant ou les 2 jours suivant l'accouchement. La varicelle néonatale est grave. Les complications neurologiques et pulmonaires sont fréquentes, avec une évalutian spontanément mortelle dans 30 % des cas.

L'incidence des algies post-zostériennes augmente avec l'âge. Elles peuvent durer des années. Il s'agit souvent d'un fond douloureux permanent associé à des douleurs paroxystiques. On peut proposer un traitement par antidépresseur imipraminique, par exemple Amitriptyline LAROXYL® pour le fond douloureux et clonazépam RIVOTRIL® pour les paroxysmes. Récemment le Gabapentin NEURONTIN® a eu l'AMM pour le traitement des algies post-zostériennes, avec peu d'effets secondaires et notamment de somnolence.

Dossier 25



Mademoiselle H. âgée de 21 ans consulte pour une éruption génitale étendue et douloureuse apparue depuis 2 jours. Elle n'a aucun antécédent. Vous suspectez à l'examen clinique une primo-infection génitale herpétique.

Question 1 Définissez les termes de « primo-infection herpétique », « récurrence herpétique » et « excrétion virale asymptomatique ».

Question 2 Quel est l'aspect clinique de la primo-infection génitale herpétique chez la femme ?

Question 3 Quel traitement proposez-vous ?

Mademoiselle H. consulte de nouveau 2 ans plus tard. Elle vous explique qu'elle est très gênée par des poussées d'herpès génital, qui se répètent au moins une fois tous les 2 mois.

Question 4 Que lui proposez-vous ? Justifiez votre choix.

Mademoiselle H. vous informe ensuite qu'elle aimerait avoir un enfant dans quelques années. Elle vous interroge sur les risques liés à l'herpès encourus par l'enfant.

Question 5 Quel est le mode de contamination herpétique le plus fréquent du nouveau-né ?

Question 6 Citez sans les décrire les trois principales formes d'herpès néonatal.

Question 7 Qu'est-ce que le syndrome de Kaposi-Juliusberg ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
15 points

Définissez les termes de « primo-infection herpétique », « récurrence herpétique » et « excrétion virale asymptomatique ».

- Primo-infection herpétique : premier contact infectant muqueux ou cutané, symptomatique ou asymptomatique, avec l'herpès simplex virus (HSV) de type 1 ou 2 ....5 points
- Récurrence herpétique : expression clinique d'une réactivation virale chez un patient préalablement infecté par le même type viral. ....5 points
- Excrétion virale asymptomatique : détection d'HSV1 ou HSV2 en l'absence de signes fonctionnels ou de lésions visibles par le médecin ou le patient. ....5 points

Question 2
20 points

Quel est l'aspect clinique de la primo-infection génitale herpétique chez la femme ?

- Vulvo-vaginite aiguë très douloureuse et brutale...............3 points
- Muqueuse vulvaire oedématiée..3 points
- Présence de vésicules ....3 points
- Et surtout d'érosions arrondies ....3 points
- Les lésions débordent sur les muqueuses (vagin, col) et sur le versant cutané (racines des cuisses, pubis, fesses) ...2 points
- Fièvre..2 points
- Adénopathies inguinales sensibles constantes...................2 points
- Rétention d'urines fréquente..2 points

Question 3
20 points

Quel traitement proposez-vous ?

- Traitement antiviral per os par Valaciclovir ZELITREX®, 2 comprimés à 500 mg en 1 ou 2 prises par jour pendant 10 jours (ou Aciclovir ZOVIRAX®, 1 comprimé à 200 mg 5 fois par jour pendant 10 jours) ....10 points
- Traitement antipyrétique et antalgique ....5 points
- Toilette 1 à 2 fois par jour avec une solution moussante antiseptique...5 points

Question 4
10 points

Que lui proposez-vous ? Justifiez votre choix.

- Un traitement préventif des récurrences génitales se justifie compte tenu de la fréquence des récurrences (plus de 6 poussées par an). ....6 points
- Par Valaciclovir ZELITREX® 1 comprimé à 500 mg par jour en 1 prise (ou Aciclovir ZOVIRAX® 2 comprimés à 200 mg 2 fois par jour) pendant 6 mois ....2 points
- Ce traitement est à réévaluer régulièrement......................2 points

Question 5
10 points

Quel est le mode de contamination herpétique le plus fréquent du nouveau-né ?

- Lors de l'accouchement, par contact direct avec les sécrétions cervico-vaginales maternelles infectées......10 points

Question 6
15 points

Citez sans les décrire les trois principales formes d'herpès néonatal.

- Forme cutanéo-muqueuse stricte ....5 points
- Forme neurologique à type de méningo-encéphalite ....5 points
- Forme disséminée avec atteinte polyviscérale ....5 points

Question 7
10 points

Qu'est-ce que le syndrome de Kaposi-Juliusberg ?

- Il s'agit de la greffe du virus herpétique sur un eczéma atopique profus..6 points
- Des vésiculo-bulles hémorragiques et pustuleuses s'étendent rapidement sur l'ensemble du corps ....2 points
- Dans un contexte de fièvre et d'altération de l'état général ....2 points

COMMENTAIRES

L'herpès simplex virus (HSV) est un virus à ADN dont on connaît 2 types : HSV1 et HSV2 ayant un grand degré d'homologie mais différenciés par des critères structuraux et épidémiologiques.

Classiquement, HSV1 infecte plutôt la partie supérieure du corps et HSV2 est responsable de l'herpès de la région génitale (c'est une MST). Cette distinction n'est pas absolue : on peut isoler HSV1 dans les lésions génitales et HSV2 dans les lésions oro-faciales.

En plus des notions de primo-infection, récurrences, excrétion virale asymptomatique, il faut connaître celle d' « infection initiale non primaire » qui correspond au premier contact infectant symptomatique ou asymptomatique avec le virus HSV1 ou HSV2 chez un sujet préalablement infecté par l'autre type viral.

Les réactivations surviennent soit sous la forme de récurrence soit sous la forme d'excrétion virale asymptomatique. Elles correspondent à des périodes de réplication virale, séparées par des périodes de latence.

Les récurrences peuvent siéger dans diverses localisations mais pour un malade donné, la récidive a lieu au même endroit déterminé par le siège de la primo-infection herpétique.

La transmission mère-enfant se fait selon trois modes de contamination :

• *In utero* (10 % des cas), par voie hématogène transplacentaire lors d'une primo-infection avec virémie maternelle ou plus rarement par voie transmembranaire. Dans ce cas, on observe avortement, retard de croissance intra-utérin, atteintes oculaires, neurologiques, cardiaques.

• À l'accouchement par contact direct avec les sécrétions cervico-vaginales maternelles infectées. C'est le cas le plus fréquent (80 %). Dans 2/3 des cas, cet herpès néonatal survient en dehors de tout antécédent connu d'herpès maternel, le mécanisme en est probablement une excrétion virale asymptomatique.

• Pendant la période postnatale (10 % des cas) : à partir d'une atteinte de la mère, ou par un autre membre de l'entourage porteur d'une récurrence ou d'une excrétion virale asymptomatique oro-faciale. Elle peut être nosocomiale à partir d'un membre de l'équipe soignante.

L'herpès néonatal est gravissime. Il n'y a pas de mortalité dans les formes cutanéo-muqueuses strictes, elle est de 15 % dans les formes neurologiques (mais séquelles fréquentes) et de 40 à 70 % dans les formes systémiques malgré les traitements.

Dossier 

Monsieur B. âgé de 50 ans consulte pour des plaques, anciennes, érythématosquameuse, localisées au tronc et aux fesses. Il n'a pas d'antécédent particulier et ne prend aucun médicament. Excepté la peau, l'examen clinique est normal.

Vous suspectez cliniquement un mycosis fongoïde.

Question 1 Quelle est la définition des lymphomes cutanés primitifs ?

Question 2 Quelles sont les arguments cliniques qui doivent faire évoquer le diagnostic de mycosis fongoïde ?

Votre bilan paraclinique est en accord avec votre suspicion clinique de mycosis fongoïde. Vous proposez à Monsieur B. un traitement par corticothérapie locale.

Question 3 Quelle est la classification des corticoïdes locaux ?

Question 4 Quels sont les principaux effets secondaires des corticoïdes locaux ?

Vous le voyez de nouveau en consultation deux mois plus tard. Le traitement a été efficace : les plaques ont disparu. Monsieur B. vous interroge sur l'évolution de sa maladie.

Question 5 Quel est le pronostic du mycosis fongoïde à ce stade ?

Il existe un autre type de lymphome cutané épidermotrope qui est le syndrome de Sézary.

Question 6 Quel est l'aspect clinique du syndrome de Sézary ?

Question 7 Quel en est le pronostic ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
10 points

Quelle est la définition des lymphomes cutanés primitifs ?

Il s'agit :
- d'une prolifération lymphocytaire maligne à point de départ cutané ....5 points
- sans envahissement ganglionnaire, médullaire ou viscéral initial ....5 points

Question 2
21 points

Quelles sont les arguments cliniques qui doivent faire évoquer le diagnostic de mycosis fongoïde ?

- Plaques érythématosquameuses ....3 points
- Fixes ....3 points
- À contours géographiques bien limités....3 points
- Prurigineuses....3 points
- Évoluant sur des années ....3 points
- Ultérieurement, ces plaques s'infiltrent ....3 points
- Puis des nodules tumoraux peuvent apparaître....3 points

Question 3
10 points

Quelle est la classification des corticoïdes locaux ?

- Classe I : activité très forte
- Classe II : activité forte
- Classe III : activité modérée
- Classe IV : activité faible ....10 points

Question 4
20 points

Quels sont les principaux effets secondaires des corticoïdes locaux ?

- Atrophie épidermique et dermique (fragilité cutanée, retard de cicatrisation, purpura ecchymotique, vergetures...) ....4 points
- Dermatites rosacéiformes du visage :
  - o Acné induite....2 points
  - o Dermatite périorale ....2 points
  - o Aggravation d'une rosacée....2 points
  - o Infections cutanées :
- Aggravation d'une infection (herpès +++, dermatophyties, gale...)....4 points
  - o Infection secondaire d'une dermatose (peu fréquent)...2 points
- Effets secondaires oculaires :
  - o Glaucome....2 points
  - o Cataracte....2 points

Question 5
10 points

Quel est le pronostic du mycosis fongoïde à ce stade ?

- Le pronostic du mycosis fongoïde est bon dans la majorité des cas. En particulier au stade de plaques localisées où la survie est identique à celle de la population générale de même âge et de même sexe .... 10 points
- Il est cependant indispensable d'assurer un suivi régulier de ces patients car la régression des plaques est temporaire ...NC

Question 6
23 points

Quel est l'aspect clinique du syndrome de Sézary ?

- Érythrodermie chronique (sèche ou œdémateuse) .... 10 points
- Prurigineuse .... 5 points
- Associée à des adénopathies d'allure tumorale .... 5 points
- Une kératodermie palmo-plantaire (ou atteinte palmo-plantaire) .... 1 point
- Une alopécie .... 1 point
- Des atteintes unguéales .... 1 point

Question 7
6 points

Quel en est le pronostic ?

- Le pronostic est mauvais (survie à 5 ans : entre 10 et 30 %) .... 6 points

COMMENTAIRES

Les lymphomes cutanés primitifs sont définis comme une prolifération lymphocytaire maligne à point de départ cutané, sans envahissement ganglionnaire, médullaire ou viscéral initial. Ils s'opposent donc aux lymphomes hématologiques avec localisations cutanées secondaires. Ils représentent le troisième type de lymphomes après les lymphomes hématologiques et les lymphomes digestifs.

La classification EORTC (European Organisation for Research and Treatment of Cancer) appliquée aux lymphomes cutanés sépare les lymphomes cutanés T des lymphomes cutanés B, et dans chacun des groupes, distingue les lymphomes indolents, les lymphomes agressifs et les entités provisoires.

Les lymphomes T épidermotropes (mycosis fongoïde et syndrome de Sézary) représentent le sous groupe le plus important des lymphomes cutanés primitifs.

En plus d'un aspect clinique évocateur, le syndrome de Sézary se définit par la présence dans le sang d'un contingent monoclonal de cellules mononucléées monstreuses : les cellules de Sézary (à un taux supérieur à 1 000 cellules de Sézary par mm^3).

Dossier 27

Une jeune femme de 30 ans, martiniquaise, vous consulte pour l'apparition brutale de lésions douloureuses des membres inférieurs. Ces lésions sont arrondies ou ovalaires, profondes, fermes, chaudes et douloureuses à la palpation. Elle se plaint également de quelques arthralgies et d'une fébricule à 37,8-38 °C depuis quelques jours.

Question 1 Quel est votre diagnostic ? Quelles sont les 4 principales étiologies de cette pathologie ?

Question 2 Quels sont les deux premiers examens complémentaires, non biologiques, à faire ?

Question 3 Quel est l'intérêt de la biopsie cutanée dans ce cas ?

Question 4 Quelles mesures symptomatiques mettez-vous en place ?

Question 5 L'évolution est spontanément favorable en quelques semaines mais la patiente revient vous voir 6 mois après pour l'apparition de petites papules d'environ 5 mm de diamètre situées en péri-narinaire et sur le front. Ces lésions sont fermes à la palpation, lupoïdes à la vitropression. Par ailleurs, elle a remarqué une inflammation et une induration au niveau d'une ancienne cicatrice d'appendicectomie. Quel est votre diagnostic ?

Question 6 Quels éléments cliniques recherchez-vous pour étayer votre hypothèse diagnostique ?

Question 7 Par quel examen complémentaire confirmez-vous le diagnostic ? Qu'en attendez-vous ?

Question 8 L'interrogatoire retrouve par ailleurs une toux sèche et une dyspnée d'effort stade II. Le reste de l'examen clinique est sans particularité. Quel bilan paraclinique orienté prescrivez-vous ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
26 points

Quel est votre diagnostic ? Quelles sont les 4 principales étiologies de cette pathologie ?

- **Érythème noueux..........10 points**
  4 principales étiologies :
- **post-streptococcique..........4 points**
- **sarcoïdose..........4 points**
- **yersiniose..........4 points**
- **primo-infection tuberculeuse..........4 points**

Question 2
10 points

Quels sont les deux premiers examens complémentaires, non biologiques, à faire ?

- **Radiographie thoracique..........5 points**
- **IDR à la tuberculine..........5 points**

Question 3
9 points

Quel est l'intérêt de la biopsie cutanée dans ce cas ?

- **Nul dans le cas d'un érythème noueux typique. ....5 points**
- **La biopsie ne permet pas d'aider au diagnostic étiologique. ....4 points**

Question 4
13 points

Quelles mesures symptomatiques mettez-vous en place ?

- **Repos au lit (arrêt de travail si nécessaire)..........5 points**
- **Antalgiques (paracétamol, AINS)..........5 points**
- **Si besoin, contention veineuse..........3 points**

Question 5
5 points

L'évolution est spontanément favorable en quelques semaines mais la patiente revient vous voir 6 mois après pour l'apparition de petites papules d'environ 5 mm de diamètre situées en péri-narinaire et sur le front. Ces lésions sont fermes à la palpation, lupoïdes à la vitropression. Par ailleurs, elle a remarqué une inflammation et une induration au niveau d'une ancienne cicatrice d'appendicectomie. Quel est votre diagnostic ?

- **Sarcoïdose..........5 points**

Question 6
12 points

Quels éléments cliniques recherchez-vous pour étayer votre hypothèse diagnostique ?

- **Adénopathies .... 2 points**
- **Syndrome sec .... 2 points**
- **Hypertrophie des glandes salivaires .... 2 points**
- **Toux, dyspnée .... 2 points**
- **Atteinte osseuse ou articulaire (douleurs, déformations) ... 2 points**
- **Atteinte neurologique .... 2 points**

Question 7
13 points

Par quel examen complémentaire confirmez-vous le diagnostic ? Qu'en attendez-vous ?

- **Biopsie cutanée pour examen anatomo-pathologique. ..... 5 points**
- **Présence, dans le derme, de petits granulomes .... 2 points**
- **faits d'histiocytes épithélioïdes associés à quelques cellules géantes, ... 2 points**
- **sans nécrose, ... 2 points**
- **entourés d'une petite couronne de lymphocytes. .... 2 points**

Question 8
12 points

L'interrogatoire retrouve par ailleurs une toux sèche et une dyspnée d'effort stade II. Le reste de l'examen clinique est sans particularité. Quel bilan paraclinique orienté prescrivez-vous ?

Biologie :
- **NFS-Plaquettes, ... 1 point**
- **Calcémie, calciurie des 24 heures .... 1 point**
- **Fonction rénale (urée, créatininémie), ... 1 point**
- **Typage lymphocytaire CD4, CD8 .... 1 point**
- **Enzyme de conversion de l'angiotensine .... 1 point**
- **VS, CRP .... 1 point**
- **Bilan hépatique (transaminases, phosphatases alcalines, gamma GT, bilirubine) .... 1 point**

Explorations pulmonaires :
- **Radiographie de thorax face et profil .... 1 point**
- **TDM thoracique en coupes fines .... 1 point**
- **Epreuves fonctionnelles respiratoires avec DLCO .... 2 points**

Explorations cardiaques :
- **ECG .... 1 point**
- **+/- scintigraphie myocardique au MIBI-persantine .... NC**

COMMENTAIRES

L'érythème noueux est la forme la plus fréquente des hypodermites nodulaires (inflammation de l'hypoderme). Il s'agit d'une hypodermite septale (inflammation des septa interlobulaires) aiguë, à la différence des hypodermites lobulaires ou panniculites (inflammation des lobules adipeux).

Elle touche volontiers la femme jeune entre 25 et 40 ans.

Question n° 2 : On peut discuter, en fonction de l'orientation sur l'interrogatoire, la réalisation d'un examen bactériologique d'un frottis de gorge et d'une coproculture (à la recherche d'un yersiniose).

Question n° 3 : Le diagnostic est clinique, dans de rares cas où la clinique n'est pas typique, on pourra être amené à faire une biopsie cutanée. Dans ce cas, cette biopsie doit être suffisamment profonde pour emporter l'hypoderme : elle montre à un stade aigu, une inflammation des septa interlobulaires par des polynucléaires neutrophiles avec de l'œdème, de la fibrine et des cellules mononuclées. Elle ne peut, en aucun cas, fournir la cause de l'érythème noueux.

Question n° 4 : Le traitement symptomatique, avec repos, est essentiel car les douleurs sont très nettement aggravées par l'arthostatisme.



Dossier 28

Une femme de 70 ans vous consulte pour un ulcère peu douloureux, mesurant 8* 7 cm à la face interne de la jambe gauche. La lésion évolue depuis 2 ans et résiste à un traitement comprenant :
- désinfection à base de chlorhexidine aqueuse
- application de TULLE GRAS LUMIÈRE®
- pansement (compresses stériles et bandes de gaze NYLEX®)

Elle vous assure faire les soins elle-même tous les jours, très soigneusement, en suivant scrupuleusement les recommandations de son médecin. Elle est inquiète car depuis quelques jours, elle trouve que « c'est moins beau, ça la démange autour de la plaie et il y a des petites cloques autour qui suintent ».

Question 1 Quels éléments recherchez-vous à l'interrogatoire pour préciser la cause de l'ulcère ?

Question 2 Quels éléments d'examen clinique recherchez-vous pour préciser l'origine de l'ulcère ?

Question 3 Le fond de l'ulcère est un peu fibrineux, peu profond. Les téguments péri-ulcéreux présentent effectivement de nombreuses petites vésicules et des lésions papulo-érythémateuses à bordure émiettée. Quelle est, selon vous, au vu de la sémiologie de la lésion, l'étiologie la plus probable de l'ulcère ?

Question 4 Que vous apportera un examen bactériologique de la lésion ?

Question 5 Quel examen paraclinique prescrivez-vous ?

Question 6 Quelles sont les erreurs commises dans la prise en charge de la patiente ?

Question 7 Quelle est la complication dont souffre la patiente ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
20 points

Quels éléments recherchez-vous à l'interrogatoire pour préciser la cause de l'ulcère ?

- En faveur d'une cause artérielle : .... 1 point
  - o Terrain vasculaire : .... 2 points
    - – HTA .... 2 points
    - – diabète .... 2 points
    - – tabagisme... 2 points
    - – dyslipidémie .... 2 points
  - o Claudication intermittente, ... 2 points
  - o Douleurs de décubitus. .... 2 points
- En faveur d'une cause veineuse : .... 1 point
  - o antécédents de phlébite,.. 2 points
  - o antécédents d'insuffisance veineuse. .... 2 points

Question 2
24 points

Quels éléments d'examen clinique recherchez-vous pour préciser l'origine de l'ulcère ?

- En faveur d'une cause artérielle : .... 1 point
  - o abolition des pouls périphériques.................................. 3 points
  - o souffles sur les trajets vasculaires.................................. 2 points
  - o allongement temps de recoloration cutanée. .... 1 point
- en faveur d'une cause veineuse : .... 1 point
  - o varices .... 3 points
  - o atrophie blanche .... 1 point
  - o botte sclérodermiforme .... 2 points
  - o dermite ocre .... 2 points
  - o œdèmes vespéraux des membres inférieurs .... 1 point
- en faveur d'une cause neurologique :................................. 1 point
  - o neuropathie périphérique .... 1 point
  - o hypoesthésie en chaussettes .... 0,5 point
  - o abolition des reflexes ostéotendineux achiléens.......... 0,5 point
  - o anomalie de la pallesthésie .... NC

Question 3
10 points

Le fond de l'ulcère est un peu fibrineux, peu profond. Les téguments péri-ulcéreux présentent effectivement de nombreuses petites vésicules et des lésions papulo-érythémateuses à bordure émiettée. Quelle est, selon vous, au vu de la sémiologie de la lésion, l'étiologie la plus probable de l'ulcère ?

- Ulcère d'origine veineuse... 10 points

Question 4
10 points

Que vous apportera un examen bactériologique de la lésion ?

- Pas d'intérêt en absence de surinfection clinique ou de syndrome fébrile..10 points

Question 5
10 points

Quel examen paraclinique prescrivez-vous ?

- Échographie-doppler artériel..3 points
- et veineux des membres inférieurs.....................................3 points
- NFS (recherche d'une anémie, d'un syndrome myéloprolifératif) ....2 points
- Albuminémie...2 points

Question 6
20 points

Quelles sont les erreurs commises dans la prise en charge de la patiente ?

- Aucun intérêt de l'antisepsie quotidienne...........................3 points
  - o et même nocivité...2 points
  - o avec freinage de la cicatrisation (toxicité sur les kératinocytes) ....1 point
  - o et source possible d'eczéma de contact ....1 point
- Tulle gras LUMIÈRE® non indiqué au stade fibrineux de l'ulcère (ne permet pas la détersion)............................4 points
  De plus, risque d'induction d'eczéma de contact (contient du Baume du Pérou)
- Absence de contention veineuse ! ! ! ....5 points
- compte tenu de l'aspect fibrineux avec nécessité de détersion manuelle de la fibrine, des soins par une infirmière sont justifiés. ....4 points

Question 7
10 points

Quelle est la complication dont souffre la patiente ?

- Eczéma de contact (au TULLE GRAS LUMIÈRE® ou à la chlorhexidine) ....10 points

COMMENTAIRES

La pathologie veineuse est la cause la plus fréquente des ulcères de jambe. Cela ne dispense évidemment pas de faire un bilan étiologique devant tout ulcère de jambe même en présence de signes orientant vers la cause veineuse. Les étiologies sont multiples : insuffisance veineuse, artériopathies, vascularites, hémopathies et troubles de l'hémostase, les neuropathies, certaines infections, les traumatismes, certaines tumeurs ulcérées, d'autres affections dermatologiques telles que le pyoderma gangrenosum...

Question n° 4 : l'intérêt de l'examen bactériologique d'une ulcération chronique d'origine vasculaire est très modeste en situation chronique. Il devient très intéressant lorsqu'il existe une surinfection manifeste (fièvre, inflammation locale ou loco-régionale).

Question n° 6 : le TULLE GRAS LUMIÈRE® est fortement sensibilisant du fait de la présence de Baume du Pérou. L'oubli de la contention veineuse élastique est une faute grave.

Dossier 

Monsieur M., 78 ans consulte en urgence pour une grosse jambe droite rouge douloureuse. Dans ses antécédents, on note un diabète de type II moyennement équilibré sous sulfamides hypoglycémiants et une HTA traitée depuis 10 ans par bi-thérapie (IEC + diurétique thiazidique). Il est soigné tous les jours depuis 2 mois par une infirmière à domicile pour un ulcère de cette même jambe, situé au niveau du cou-de-pied, très creusant, douloureux. Depuis 3 jours, il est plus suintant, dégage une odeur nauséabonde et la peau péri-ulcéreuse est devenue inflammatoire. Enfin, depuis 24 heures, toute la jambe a gonflé, il présente de la fièvre avec des frissons et une adénopathie inguinale homolatérale sensible.

Question 1 Quel est votre diagnostic ?

Question 2 En urgence, quelle conduite adoptez-vous ?

Question 3 L'épisode aigu étant résolu, vous souhaitez faire le point sur l'ulcère. Au vu de la description clinique, quelle est l'étiologie probable de cet ulcère ? Quels arguments d'interrogatoire et d'examen clinique recherchez-vous pour étayer votre diagnostic ?

Question 4 Quel(s) examen(s) complémentaire(s) d'imagerie prescrivez-vous ?

Question 5 Votre hypothèse concernant l'étiologie de l'ulcère est confirmée. Quelle est maintenant l'attitude thérapeutique à avoir ?

Question 6 Grâce à votre prise en charge parfaitement adaptée, l'ulcère finit par cicatriser au bout de quelques mois. Cependant, le patient reconsulte quelques mois plus tard pour une lésion de la jambe gauche hyperalgique. Vous diagnostiquez une angiodermite nécrotique. Quelles sont les caractéristiques sémiologiques de l'angiodermite nécrotique ?

Question 7 Quelle attitude thérapeutique adoptez-vous ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
10 points

Quel est votre diagnostic ?

- **Érysipèle de jambe gauche ....6 points**
  ou (dermo-hypodermite bactérienne aiguë de jambe gauche)
- **Dont la porte d'entrée ....2 points**
- **Est probablement un ulcère surinfecté ....2 points**

Question 2
20 points

En urgence, quelle conduite adoptez-vous ?

- **Hospitalisation en milieu spécialisé...............................2 points**

  Bilan d'entrée :
- **Hémocultures, ...1 point**
- **NFS-Plaquettes, CRP, ionogramme sanguin, urée créatinémie, CPK, ...1 point**
- **Prélèvement bactériologique de la porte d'entrée.............1 point**
- **Mise en place d'une voie veineuse ....1 point**
- **Antibiothérapie intraveineuse ....2 points**
  - **d'abord probabiliste visant le staphylocoque et le streptocoque ....2 points**
  - **sur ce terrain diabétique de préférence Amoxicilline + Acide clavulanique ....1 point**
  - **en l'absence d'allergie aux pénicillines, ...1 point**
  - **puis adaptée aux prélèvements locaux..........................1 point**

  Traitement de la porte d'entrée : ....2 points
- **Nettoyage quotidien au sérum physiologique ....NC**
- **Puis application d'une pommade antibiotique ou antiseptique ou vaseline selon l'aspect local........................NC**
- **Antalgiques et antipyrétiques si besoin ....1 point**
- **Prévention de phlébite ....1 point**
- **Repos en décubitus ....1 point**
- **Surveillance ....2 points**

Question 3
20 points

L'épisode aigu étant résolu, vous souhaitez faire le point sur l'ulcère. Au vu de la description clinique, quelle est l'étiologie probable de cet ulcère ? Quels arguments d'interrogatoire et d'examen clinique recherchez-vous pour étayer votre diagnostic ?

- **Ulcère artériel..8 points**

  Arguments d'interrogatoire :
- **Tabagisme ....2 points**
- **Dyslipidémie ....2 points**
- **Claudication intermittente ....1 point**
- **Douleurs de décubitus..1 point**

  Arguments d'examen :
- **abolition des pouls distaux ....2 points**

- souffle vasculaire ....2 points
- mesure de la pression artérielle à la cheville......................1 point
- absence de signes d'insuffisance veineuse
  (mais possibilité fréquente d'ulcères mixtes) ....1 point

Question 4
10 points

Quel(s) examen(s) complémentaire(s) d'imagerie prescrivez-vous ?

- Echo-doppler artériel des membres inférieurs...................8 points
- Éventuellement artériographie ou angioscanner
  numérisé des membres inférieurs ....2 points

Question 5
10 points

Votre hypothèse concernant l'étiologie de l'ulcère est confirmée. Quelle est maintenant l'attitude thérapeutique à avoir ?

- Prendre l'avis des chirurgiens vasculaires sur
  les possibilités de revascularisation chirurgicale,
  seul moyen d'espérer une cicatrisation de l'ulcère..........10 points

Question 6
15 points

Grâce à votre prise en charge parfaitement adaptée, l'ulcère finit par cicatriser au bout de quelques mois. Cependant, le patient reconsulte quelques mois plus tard pour une lésion de la jambe gauche hyperalgique. Vous diagnostiquez une angiodermite nécrotique. Quelles sont les caractéristiques sémiologiques de l'angiodermite nécrotique ?

- Ulcère superficiel ....3 points
- D'extension rapide ....3 points
- Avec nécrose noirâtre, adhérente ....3 points
- Très douloureux..3 points
- À bordure géographique, livédoïde..................................3 points

Question 7
15 points

Quelle attitude thérapeutique adoptez-vous ?

- Hospitalisation en milieu spécialisé...................................2 points
- Repos, antalgiques ....2 points
- Équilibrer diabète et HTA ....4 points
- Prévention de phlébite ....1 point
- Soins locaux quotidiens : ....2 points
  - nettoyage au sérum physiologique puis..........................1 point
  - application d'un corps gras (ex : TULLE VASELINÉ®).....1 point

  (Proscrire les pansements adhésifs qui risquent d'abîmer
  les téguments péri-ulcéreux fragiles)
- Discuter une greffe cutanée à visée thérapeutique ....1 point
- Et antalgique...1 point
- Surveillance ....NC

COMMENTAIRES

Question n° 2 : Le dosage des CPK est intéressant lorsqu'il existe un doute clinique sur une myosite ou fasciite nécrosante. Le prélèvement bactériologique de la plaie a, dans ce cas de lésion surinfectée, toute sa place, au contraire des ulcérations chroniques non surinfectées. Le nettoyage de la plaie au sérum physiologique est habituellement suffisant. On pourra être amené à utiliser une solution antiseptique notamment de l'acide borique en cas de surinfection à *Pseudomonas aeruginosa*.

Questions n° 6 et 7 : L'angiodermite nécrotique est une cause relativement fréquente d'hospitalisation pour ulcère (10 % des ulcères hospitalisés). L'histologie de la lésion (en général inutile) retrouve une artériolosclérose avec oblitération de petits vaisseaux conduisant à la nécrose cutanée, elle élimine une vascularite dont le diagnostic différentiel clinique est parfois difficile.

Dossier 

Mme B. se présente à votre cabinet avec son nouveau-né de 15 jours pour une lésion érythémateuse, maculeuse, bien limitée, congénitale, très pâle, très finement télangiectasique de la glabelle et des 2 paupières supérieures.

Question 1 Quel est votre diagnostic ? Quel réflexe d'examen clinique devez-vous avoir devant toute lésion ayant cette présentation clinique ?

Question 2 Quel bilan prescrivez-vous ?

Question 3 La maman vous interroge sur l'évolution spontanée de cette lésion. Que lui répondez-vous ?

Question 4 Si cette même lésion élémentaire était latéralisée sur la partie droite du front et sur la paupière supérieure droite, quel syndrome devriez-vous évoquer ? À quelles anomalies cliniques s'associe-t-il ? Comment s'expliquent ces anomalies ?

Question 5 Dans cette hypothèse, quel(s) examens complémentaire(s) devriez-vous faire pratiquer ?

Question 6 Si la lésion était localisée sur le bras, que répondriez-vous aux questions n° 2 et n° 3 ?

Question 7 Quel traitement pourriez-vous proposer dans ce cas ? À quel âge ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
22 points

Quel est votre diagnostic ? Quel réflexe d'examen clinique devez-vous avoir devant toute lésion ayant cette présentation clinique ?

- Angiome plan .... 8 points
- médio-frontal.. 2 points

Réflexe d'examen devant toute lésion angiomateuse :

- Palpation : .... 2 points
  - o Chaleur ? .... 2 points
  - o Thrill ? .... 2 points
  - o Lésion pulsatile ? .... 2 points
- Auscultation : .... 2 points
  - o Souffle ? .... 2 points

Question 2
5 points

Quel bilan prescrivez-vous ?

- Aucun, ... 5 points
- Le Diagnostic est clinique .... NC

Question 3
8 points

La maman vous interroge sur l'évolution spontanée de cette lésion. Que lui répondez-vous ?

- Évolution spontanément régressive.. 5 points
- En quelques mois, entre 1 et 3 ans.. 3 points

Question 4
24 points

Si cette même lésion élémentaire était latéralisée sur la partie droite du front et sur la paupière supérieure droite, quel syndrome devriez-vous évoquer ? À quelles anomalies cliniques s'associe-t-il ? Comment s'expliquent ces anomalies ?

- Syndrome de Sturge-Weber-Krabbe .... 8 points

Anomalies cliniques associées :

- Anomalies oculaires : buphtalmie, glaucome.. 3 points
- Anomalies neurologiques : comitialité .... 3 points

Explication :

- Présence d'angiomes profonds de la choroïde .... 5 points
- et de la leptoméninge homolatéraux à l'angiome cutané.... 5 points

Question 5
10 points

Dans cette hypothèse, quel(s) examens complémentaire(s) devriez-vous faire pratiquer ?

- IRM cérébrale.. 5 points
- Examen ophtalmologique .... 5 points

Question 6
14 points

Si la lésion était localisée sur le bras, que répondriez-vous aux questions n° 2 et n° 3 ?

- Aucun bilan complémentaire à faire..................................5 points
- Évolution habituellement non régressive :..........................5 points
- Augmentation de taille avec la croissance de l'enfant,.......1 point
- Légère atténuation de couleur dans les premières années de vie ....1 point
- Puis stabilisation ....1 point
- Et enfin accentuation de la couleur vers la 4e décennie avec parfois apparition sur la lésion de nodules violacés. ...1 point

Question 7
17 points

Quel traitement pourriez-vous proposer dans ce cas ? À quel âge ?

- Traitement par laser...5 points
- À colorant pulsé ....5 points
- Chez le grand enfant ou l'adolescent voire à l'âge adulte..5 points
- Sous anesthésie locale..2 points

COMMENTAIRES

Dans le cas d'un angiome plan, il n'y a évidemment pas de thrill à la palpation ni de souffle à l'auscultation. Cependant, ces examens sont à pratiquer sur toute lésion angiomateuse car un aspect angiomateux plan de surface peut parfois témoigner d'une malformation plus profonde artérielle ou artério-veineuse, authentifiée par Echo-Doppler pulsé puis par artériographie si nécessaire.

Les angiomes plans médians peuvent se classer en formes régressives ou persistantes : l'angiome plan médio-frontal est le seul angiome plan disparaissant spontanément entre 1 et 3 ans. L'angiome de la nuque (angiome de Unna) très fréquent persiste toute la vie. L'angiome lombo-sacré persiste également toute la vie et ne doit pas faire craindre un dysraphisme (spina bifida à ce niveau).

Dossier 

Un patient de 30 ans, célibataire sans enfant, vous consulte pour l'apparition de lésions du visage et du tronc depuis 2 mois. Ces lésions sont érythémato-squameuses (squames grasses, jaunâtres), siègent sur les sourcils, les sillons naso-géniens et le nez. Sur le tronc, vous notez des lésions annulaires érythémato-squameuses également situées dans la région médio-thoracique antérieure. Il existe un léger prurit au niveau des lésions.

Question 1 Quel est le diagnostic le plus probable ? Quelles autres atteintes devez-vous rechercher ?

Question 2 La forme clinique est assez profuse, quelle pathologie sous-jacente devez-vous évoquer et rechercher ?

Question 3 Quel est l'agent infectieux en cause dans cette affection ? Quelles en sont les caractéristiques ?

Question 4 Le patient vous apprend qu'il est homosexuel et qu'il a des pratiques sexuelles à risque. Quel diagnostic différentiel devez-vous évoquer devant cette éruption ? Comment éliminez-vous ce diagnostic ? Quels sont, de façon plus générale, les autres diagnostics différentiels de cette affection ?

Question 5 Quel traitement prescrivez-vous ? (molécule, fréquence d'application, durée)

Question 6 Si ce traitement s'avérait insuffisant, quel autre traitement local pourriez-vous proposer sur une courte période ? Quels en sont les risques principaux ?

Question 7 Quels sont les traitements généraux possibles en cas de forme grave ?

Question 8 Quelle est l'évolution spontanée de cette affection (en dehors de toute pathologie sous-jacente) ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
15 points

Quel est le diagnostic le plus probable ? Quelles autres atteintes devez-vous rechercher ?

- Dermite séborrhéique .... 10 points
  Autres atteintes :
- Autres localisations : .... NC
  - o Cuir chevelu ou sa lisière .... 1 point
  - o Atteinte dorsale médiane .... 1 point
  - o Zone pileuse pubienne, périné .... 1 point
- Autres lésions imputables aux levures du genre Malassezia .... NC
  - o Folliculites pityrosporiques .... 1 point
  - o Pityriasis versicolor .... 1 point

Question 2
17 points

La forme clinique est assez profuse, quelle pathologie sous-jacente devez-vous évoquer et rechercher ?

- Immuno-dépression .... 10 points
- notamment infection par le HIV .... 5 points
- ou cancer (en particulier carcinome des voies aéro-digestives supérieures) .... 2 points

Question 3
12 points

Quel est l'agent infectieux en cause dans cette affection ? Quelles en sont les caractéristiques ?

- Malassezia furfur (Pityrosporon ovale) .... 7 points

Caractéristiques :
- Levure .... 3 points
- Lipophile .... NC
- Saprophyte de la peau humaine .... 2 points

Question 4
16 points

Le patient vous apprend qu'il est homosexuel et qu'il a des pratiques sexuelles à risque. Quel diagnostic différentiel devez-vous évoquer devant cette éruption ? Comment éliminez-vous ce diagnostic ? Quels sont, de façon plus générale, les autres diagnostics différentiels de cette affection ?

- Syphilis secondaire .... 10 points
- TPHA-VDRL qui est constamment positif au stade secondaire de la maladie .... 2 points

  Autres diagnostics différentiels :
- Psoriasis des régions séborrhéiques .... 2 points
- Dermatite atopique de la tête et du cou .... 2 points

Question 5
12 points

Quel traitement prescrivez-vous ? (molécule, fréquence d'application, durée)

- Toilette avec un savon doux ....2 points
- Traitement anti-fongique local par ketoconazole (KETODERM®), ...5 points
- en gel moussant à appliquer ....2 points
- 2 fois par semaine pendant 1 mois puis ....2 points
- 1 fois par 15 jours pendant 3 mois, ...NC
- ou en crème quotidiennement ....1 point
- éventuellement ciclopiroxolamine (MYCOSTER®), en crème quotidiennement ....NC

Question 6
9 points

Si ce traitement s'avérait insuffisant, quel autre traitement local pourriez-vous proposer sur une courte période ? Quels en sont les risques principaux ?

- Dermocorticoïdes de classe II ou III ....3 points
  Risques :
- Rebond à l'arrêt ....3 points
- Corticodépendance (avec risque d'atrophie cutanée, de dermite cortisonée) ....3 points

Question 7
9 points

Quels sont les traitements généraux possibles en cas de forme grave ?

- Kétoconazole (NIZORAL®) (200mg/j) pendant 4 à 6 semaines ....3 points
- Isotrétinoïne (ROACCUTANE®) (0,5mg/kg/j) pendant 5-6 mois ....3 points
- Photothérapie UVA ou UVB ....3 points

Question 8
10 points

Quelle est l'évolution spontanée de cette affection (en dehors de toute pathologie sous-jacente) ?

- Affection chronique ....2 points
- Poussées favorisées par le stress ....4 points
- Amélioration l'été au soleil ....4 points

COMMENTAIRES

La dermite séborrhéique est une affection extrêmement banale et chronique, elle touche 3 à 10 % des patients consultants en dermatologie.

Elle touche, comme son nom l'indique, les régions séborrhéiques du corps.

Le sébum jouerait, en effet, un rôle permissif en favorisant la prolifération des levures lipophiles de la peau. Ainsi s'explique l'âge de survenue de cette affection (nouveau-né et adultes de 18 à 40 ans = périodes séborrhéiques de la vie). C'est aussi par ce biais que l'on peut expliquer l'efficacité de l'isotrétinoïne dans cette affection.

Les diagnostics différentiels principaux, en dehors de tout contexte d'immuno-dépression sont le psoriasis des régions séborrhéiques (ou sébopsoriasis) ou la dermatite atopique de la tête et du cou

Question n° 7 : Ces traitements systémiques sont à réserver aux formes graves, résistantes aux traitements classiques, aux formes associées au SIDA ou associées aux folliculites pityrosporiques.

Dossier 32

Un petit garçon d'origine ivoirienne de 6 ans est amené à la consultation par son papa pour 3 plaques alopéciques du cuir chevelu d'environ 1 à 2 cm de diamètre. En examinant le cuir chevelu de près, vous observez, sur ces plaques, des cheveux cassés courts, au ras de leur émergence.

Question 1 Quels éléments sémiologiques recherchez-vous pour orienter votre diagnostic ?

Question 2 Quel est le diagnostic le plus probable ? Quel instrument peut vous aider au diagnostic clinique ? Comment ?

Question 3 Quel est l'examen complémentaire indispensable au diagnostic ? Quels sont les 3 principaux agents habituellement en cause dans cette affection ?

Question 4 L'examen du 3) est positif, quel traitement instaurez-vous chez ce petit garçon ? Quelle est la surveillance de ce traitement ?

Question 5 À quelle mesure de santé publique devez-vous penser dans cette affection ? Pour quels agents pathogènes s'applique-t-elle ?

Question 6 L'efficacité de votre traitement s'avère remarquable avec guérison complète en quelques semaines. Cependant, l'enfant revient 3 mois plus tard pour une nouvelle plaque du cuir chevelu identique. Quels sont les 2 points essentiels du traitement que vous avez omis et qui peuvent expliquer cette récidive ?

Question 7 Quelle pratique, fréquente chez les petits africains, peut faciliter la transmission de cet agent ?

Question 8 Quels diagnostics différentiels peut-on évoquer devant une plaque alopécique du cuir chevelu ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
10 points

Quels éléments sémiologiques recherchez-vous pour orienter votre diagnostic ?

- **Plaque squameuse ....2 points**
- **Éléments à distance (peau glabre, ongles, muqueuses) ....2 points**
- **Cheveux cassés courts sur la lésion (essentiel au diagnostic de teigne microsporique) ou totalement absents ....2 points**
- **Cuir chevelu inflammatoire ou couleur peau normale.......2 points**
- **Cheveux en « points d'exclamation » (diagnostic différentiel de pelade) ....2 points**

Question 2
16 points

Quel est le diagnostic le plus probable ? Quel instrument peut vous aider au diagnostic clinique ? Comment ?

- **Teigne tondante microsporique ou trichophytique ....10 points**
- **Lampe de Wood...2 points**
- **Recherche d'une fluorescence verte caractéristique des teignes microsporiques..4 points**

Question 3
14 points

Quel est l'examen complémentaire indispensable au diagnostic ? Quels sont les 3 principaux agents habituellement en cause dans cette affection ?

- **Prélèvement mycologique pour examen direct et mise en culture ....5 points**
- **Trichophyton soudanense ou Trichophyton violaceum ou Microsporum canis.............................3+3+3 points**

Question 4
15 points

L'examen du 3) est positif, quel traitement instaurez-vous chez ce petit garçon ? Quelle est la surveillance de ce traitement ?

- **Traitement systémique antifongique par griséofulvine (GRISÉFULINE®) pendant 6 semaines minimum................5 points**
- **et traitement local quotidien ou biquotidien par dérivés imidazolés (ex : KÉTODERM®) ou ciclopiroxolamine (MYCOSTER®)...5 points**
- **Surveillance de la NFS et du bilan hépatique ....5 points**

Question 5
10 points

À quelle mesure de santé publique devez-vous penser dans cette affection ? Pour quels agents pathogènes s'applique-t-elle ?

> - Éviction scolaire .... 5 points
> - jusqu'à guérison mycologique .... 2 points
> - en cas de teigne anthropophile (Trichophyton) .... 3 points

Question 6
10 points

L'efficacité de votre traitement s'avère remarquable avec guérison complète en quelques semaines. Cependant, l'enfant revient 3 mois plus tard pour une nouvelle plaque du cuir chevelu identique. Quels sont les 2 points essentiels du traitement que vous avez omis et qui peuvent expliquer cette récidive ?

> - Examen et traitement de toute la famille (cas des teignes anthropophiles) .... 5 points
> - Recherche et traitement d'un animal vecteur (cas des teignes microsporiques) .... 5 points

Question 7
5 points

Quelle pratique, fréquente chez les petits africains, peut faciliter la transmission de cet agent ?

> - Rasage du cuir chevelu .... 5 points

Question 8
20 points

Quels diagnostics différentiels peut-on évoquer devant une plaque alopécique du cuir chevelu ?

> - Alopécie non cicatricielle : .... 5 points
>   - o pelade .... 1 point
>   - o fausse teigne amiantacée .... 1 point
>   - o syphilis secondaire .... 1 point
>   - o traumatique (traction, trichotillomanie) .... 1 point
> - Alopécie cicatricielle : .... 5 points
>   - o lupus .... 1 point
>   - o lichen .... 1 point
>   - o sclérodermie .... 1 point
>   - o pseudo-pelade de Brocq .... 1 point
>   - o folliculite décalvante de Quinquaud .... 1 point
>   - o post-traumatiques (brûlure, radiodermite) .... 1 point
>   - o dermatoses bulleuses .... NC
>   - o pustulose érosive du scalp .... NC

COMMENTAIRES

Les teignes microsporiques et trichophytiques, toutes 2 teignes tondantes, peuvent habituellement se distinguer sur la clinique :

• Les teignes microsporiques se présentent sous forme de grandes plaques (unique ou parfois 2-3), érythémato-squameuses arrondies ou polycycliques d'un diamètre de 3 à 6 cm tapissées de cheveux blancs grisâtres cassés courts (5 mm de leur émergence) et s'arrachant facilement. On observe à leur niveau, en lumière de Wood, une fluorescence caractéristique.

• Les teignes trichophytiques, au contraire, se présentent sous forme de nombreuses petites plaques (< 1,5 cm), éparses, squamo-crouteuses, parfois pustuleuses, tapissées de cheveux cassés au ras de leur émergence (< 2 mm). Il n'y a pas de fluorescence en lumière de Wood (parasite endothrix).

D'autres types de teignes existent : les teignes inflammatoires ou kérions (observées en milieu rural, liées à des dermatophytes zoophiles principalement) et les teignes faviques (observées surtout dans les zones rurales d'Afrique du Nord, dues à un trichophyton anthropophile très contagieux ; cette forme aboutit, en l'absence de traitement à une alopécie cicatricielle).

L'alopécie cicatricielle est une alopécie avec destruction des follicules pileux. Il n'y aura donc pas de repousse du cheveu à son niveau. Au contraire, l'alopécie non cicatricielle laisse persister les follicules pileux et une repousse du cheveu est donc possible.

Dossier 33



Un homme de 50 ans, éthylique chronique, vous consulte pour un intertrigo inguinal et axillaire bilatéral, vernissé, bien limité, symétrique par rapport au fond du pli, ayant résisté à 2 cures d'antifongiques prescrits par son médecin traitant. Il est ouvrier carreleur, au chômage depuis 4 mois. Vous pratiquez un examen clinique attentif et notez une onychodystrophie avec ponctuations en dés à coudre, une onycholyse distale et une hyperkératose sous-unguéale de tous les ongles des mains.

Ce patient est traité pour une hypertension artérielle depuis 5 mois par COVERSYL® et depuis 3 mois par collyre TIMOPTOL® pour un glaucome chronique.

Question 1 Quel(s) diagnostic(s) évoquez-vous pour l'onychopathie ? et pour l'intertrigo ?

Question 2 Quelle est la lésion élémentaire de cette maladie sur la peau glabre ? Quelles en sont les particularités sémiologiques ?

Question 3 Comment expliquez-vous la localisation habituelle de cette maladie sur les coudes, les genoux et la région lombo-sacrée ?

Question 4 Quels sont, chez ce malade, les facteurs pouvant expliquer l'aggravation récente de la maladie ?

Question 5 Quel est l'aspect histologique caractéristique d'une lésion élémentaire de la peau glabre dans cette affection ?

Question 6 Quelle atteinte extra-cutanée devez-vous rechercher ? Quelles en sont, brièvement, les caractéristiques sémiologiques ?

Question 7 Vous envisagez dans un premier temps un traitement local. Quelle classe thérapeutique proposez-vous au niveau des plis, à quelle fréquence d'application, sous quelle forme galénique ?

Question 8 Quelles sont les 3 principales grandes classes thérapeutiques utilisables en traitement de fond dans cette maladie ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
10 points

Quel(s) diagnostic(s) évoquez-vous pour l'onychopathie ? et pour l'intertrigo ?

- Atteinte des ongles : psoriasis unguéal ....5 points
- Atteinte des plis : psoriasis inversé des plis......................5 points

Question 2
15 points

Quelle est la lésion élémentaire de cette maladie sur la peau glabre ? Quelles en sont les particularités sémiologiques ?

- Lésion érythémato-squameuse ....5 points
- Bien limitée avec squames de surface blanchâtres, ...5 points
- Plus ou moins épaisses.
- Au niveau de la lésion : signe de la rosée sanglante ....3 points
- Et de la tache de bougie ....2 points

Question 3
5 points

Comment expliquez-vous la localisation habituelle de cette maladie sur les coudes, les genoux et la région lombo-sacrée ?

- Effet Köbner (aggravation des lésions par les traumatismes) ....5 points

Question 4
20 points

Quels sont, chez ce malade, les facteurs pouvant expliquer l'aggravation récente de la maladie ?

- Prise médicamenteuse...4 points
- Surtout le collyre béta-bloquant mais également les IEC peuvent induire ou aggraver un psoriasis ....4+2 points
- Intoxication éthylique (possiblement majorée depuis le chômage) ....4 points
- Infection bactérienne ou virale (HIV) à rechercher ....3 points
- Stress psychologique (chômage) ....3 points

Question 5
15 points

Quel est l'aspect histologique caractéristique d'une lésion élémentaire de la peau glabre dans cette affection ?

- Hyperplasie épidermique avec hyperacanthose ....4 points
- Allongement des bourgeons interpapillaires.......................1 point
- Dilatations des vaisseaux des papilles dermiques..............1 point
- Amincissement du toit des papilles.....................................1 point
- Disparition de la granuleuse...2 points
- Hyperkératose para-kératosique compacte.......................2 points
- Infiltrat inflammatoire dermique lymphocytaire ....4 points

Question 6
16 points

Quelle atteinte extra-cutanée devez-vous rechercher ? Quelles en sont, brièvement, les caractéristiques sémiologiques ?

- Atteinte muqueuse : .... 4 points
  - o langue géographique, (parfois scrotale ou plicaturée) .... 2 points
  - o plaque érythémateuse bien limitée du gland ou vulvaire .... 2 points
- Atteinte rhumatologique : .... 4 points
  - o rhumatisme périphérique de type polyarthrite rhumatoïde .... 2 points
    avec atteinte caractéristique des interphalangiennes distales et/ou
  - o rhumatisme axial de type spondylarthrite ankylosante avec sacro-iliite .... 2 points

Question 7
10 points

Vous envisagez dans un premier temps un traitement local. Quelle classe thérapeutique proposez-vous au niveau des plis, à quelle fréquence d'application, sous quelle forme galénique ?

- Dermocorticoïdes de classe II (ex : DIPROSONE®) .... 5 points
- 1 application/j (en principe, parfois 2/j à un stade très inflammatoire) .... 2 points
- sous forme de crème (voire de lotion dans les plis) .... 3 points

Question 8
9 points

Quelles sont les 3 principales grandes classes thérapeutiques utilisables en traitement de fond dans cette maladie ?

- Rétinoïdes (SORIATANE®) .... 3 points
- Méthotrexate .... 3 points
- Ciclosporine .... 3 points

COMMENTAIRES

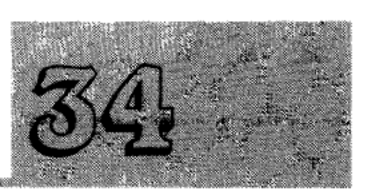
Le psoriasis est une dermatose chronique touchant environ 3 % de la population.

Question n° 2 : le grattage des squames de psoriasis à la curette permet de constater d'abord un blanchiment très net de la lésion (signe de la tache de baugie) puis de fines gouttelettes hémorragiques traduisant la mise à nu des papilles dermiques (signe de la rosée sanglante). Ces signes ne sont toutefois quasiment pas utilisés en pratique car la clinique est souvent typique.

Question n° 4 : il est essentiel de rechercher un médicament inducteur de psoriasis qui peut soit déclencher un psoriasis, soit aggraver un psoriasis pré-existant. Les principaux médicaments inducteurs sont : les sels de lithium, les béta-bloquants, l'interféron-alpha et dans une moindre mesure, les tétracyclines, les antipaludéens de synthèse et les inhibiteurs de l'enzyme de conversion.

Question n° 7 : dans les plis, on utilisera de préférence une lotion ou éventuellement une crème. La pommade dans les plis favorise la macération et est donc déconseillée.

Dossier



Mme B., une jeune femme de 42 ans, consulte pour l'apparition récente de lésions du visage et du dos. Ces lésions sont fixes depuis plusieurs semaines, elles sont infiltrées, jaunâtres, « lupoïde » à la vitropression et siègent sur le front, la région péri-narinaire, les lèvres. Vous évoquez le diagnostic de sarcoïdose.

Question 1 Sur quel terrain préférentiel survient cette maladie ?

Question 2 Par quel examen complémentaire confirmez-vous le diagnostic ? Qu'en attendez-vous ?

Question 3 Quel bilan biologique ciblé prescrivez-vous ? Donnez pour chaque examen demandé, les anomalies « attendues » dans le cadre de la sarcoïdose.

Question 4 En l'interrogeant bien, vous mettez en évidence une dyspnée d'effort stade II. Quels examens complémentaires proposez-vous pour explorer cette dyspnée ?

Question 5 Quel est le traitement de référence de cette maladie lorsqu'il existe une atteinte viscérale ? Pour quelle durée moyenne habituellement ?

Question 6 Quels autres viscères peuvent être touchés ? Citez pour chacun le ou les examen(s) complémentaire(s) nécessaires au dépistage de leur atteinte.

Question 7 Finalement le bilan est totalement négatif, il s'agit d'une forme purement cutanée. Citez les principales possibilités thérapeutiques dans ce cas.

Question 8 Qu'est-ce que le syndrome de Mikulicz ? Le syndrome de Heerfordt ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
10 points

Sur quel terrain préférentiel survient cette maladie ?

Terrain :
- 5e décennie ....5 points
- Sujet à peau noire ou antillais ....5 points

Question 2
12 points

Par quel examen complémentaire confirmez-vous le diagnostic ? Qu'en attendez-vous ?

- Biopsie cutanée pour examen anatomo-pathologique ......5 points
- Réponse attendue : présence de granulomes épithélioides et giganto-cellulaires ....3 points
  - o sans nécrose caséeuse, ...2 points
  - o entourés d'une couronne de lymphocytes ....2 points

Question 3
16 points

Quel bilan biologique ciblé prescrivez-vous ? Donnez pour chaque examen demandé, les anomalies « attendues » dans le cadre de la sarcoïdose.

- Hémogramme : lymphopénie ....1+1 points
- Calcémie : hypercalcémie ....1+1 points
- Calciurie : élevée...1+1 points
- Electrophorèse des protéines sériques : hypergammaglobulinémie ....1+1 points
- Phénotypage lymphocytaire : inversion du rapport CD4/CD8 ....1+1 points
- Enzyme de conversion de l'angiotensine : élevée.........1+1 points
- Bilan hépatique : cytolyse ou cholestase par atteinte hépatique spécifique ....1+1 points
- Bilan inflammatoire (CRP, fibrinogène, VS) : présence d'un syndrome inflammatoire.......................................1+1 points

Question 4
15 points

En l'interrogeant bien, vous mettez en évidence une dyspnée d'effort stade II. Quels examens complémentaires proposez-vous pour explorer cette dyspnée ?

- Radiographie thoracique à la recherche d'adénopathies médiastinales ....4 points
- et/ou d'un syndrome interstitiel ....1 point
- EFR avec DLCO ....5 points
- Scanner thoracique avec et sans injection, en coupes fines ....5 points
- IDR à la tuberculine ....NC
- Lavage broncho-alvéolaire ....NC

Question 5
11 points

Quel est le traitement de référence de cette maladie lorsqu'il existe une atteinte viscérale ? Pour quelle durée moyenne habituellement ?

- Corticothérapie générale.....5 points
- à débuter à 1 mg/kg/j.....3 points
- pour une durée de 18 à 24 mois en moyenne.....3 points

Question 6
16 points

Quels autres viscères peuvent être touchés ? Citez pour chacun le ou les examen(s) complémentaire(s) nécessaires au dépistage de leur atteinte.

- Foie : bilan biologique hépatique, ...1 point
  - o échographie du foie.....2 points
  - o +/- PBH.....1 point
- Rein : calcémie, calciurie, clearance de la créatinine,.....1 point
  - o échographie à la recherche d'une néphrocalcinose.....2 points
  - o +/- PBR.....1 point
- Myocarde : ECG,.....1 point
  - o scintigraphie myocardique au MIBI-persantine.....2 points
  - o +/- IRM myocardique.....NC
- Ganglions : biopsie ganglionnaire.....1 point
- Glandes salivaires : biopsie des glandes salivaires accessoires.....1 point
- Système nerveux : EMG, ...2 points
  - o IRM ou scanner cérébral.....1 point

Question 7
10 points

Finalement le bilan est totalement négatif, il s'agit d'une forme purement cutanée. Citez les principales possibilités thérapeutiques dans ce cas.

- Dermocorticoides de classe I ou II.....2 points
- Antipaludéens de synthèse.....2 points
- Thalidomide.....2 points
- Méthotrexate.....2 points
- Injection intra-lésionnelle de corticoides.....2 points

Question 8
10 points

Qu'est-ce que le syndrome de Mikulicz ? Le syndrome de Heerfordt ?

Syndrome de Mikulicz :
- hypertrophie des glandes lacrymales et des glandes salivaires.....5 points

Syndrome de Heerfordt :
- hypertrophie des parotides, paralysie faciale et atteinte oculaire (uvéïte ou iridocyclite).....5 points

COMMENTAIRES

La sarcoïdose est encore appelée maladie de Boeck-Besnier-Schaumann ou BBS.

Les manifestations cutanées sont présentes dans 10 à 40 % des cas. Le gros avantage pour le diagnostic, quand il existe des lésions cutanées, est l'accessibilité relativement simple à une histologie pour confirmation diagnostique.

Les lésions cutanées de sarcoïdose sont très polymorphes : il peut s'agir de petits nodules, de gros nodules, de lésions hypodermiques, de réactivation de cicatrices anciennes, de sarcoïdes infiltrantes (lupus pernio sur le visage)... Ces lésions ont en commun le caractère lupoïde à la vitropression, essentiel pour l'orientation diagnostique clinique.

Question n° 2 : une histologie granulomateuse n'est pas spécifique de sarcoïdose, une réaction cutanée granulomateuse doit faire évoquer plusieurs étiologies :

1) Granulomes infectieux (histologie un peu particulière) : (ex : lèpre, leishmaniose, cryptococcose...)

2) Granulomes non infectieux :

- granulomes à corps étrangers
- granulomes sarcoïdosiques dont la sarcoïdose mais aussi : rosacée granulomateuse, maladie de Crohn, lupus miliaire...
- granulomes palissadiques : granulome annulaire, nécrobiose lipoïdique, nodules rhumatoïdes, dermatite interstitielle granulomateuse

Question n° 4 : l'IDR à la tuberculine, n'intervient pas à proprement parler dans l'exploration de la dyspnée. Cela dit, elle est intéressante, dans le bilan étiologique de lésions évoquant une sarcoïdose, car elle peut retrouver, dans ce cas, une anergie tuberculinique (ce signe a d'autant plus de valeur que le sujet avait au préalable une positivité du test à la tuberculine).

Question n° 7 : Aucun de ces traitements n'a été réellement validé par des études standardisées. Le seul traitement réellement validé dans cette maladie est la corticothérapie générale qui est à éviter autant que possible dans les formes cutanées pures.

Dossier 

Une femme de 65 ans est hospitalisée en chirurgie orthopédique pour une fracture du col fémoral droit suite à une chute de sa hauteur. Une ostéosynthèse est réalisée avec mise en place d'une prothèse totale de hanche. Elle doit rester hospitalisée plusieurs semaines et n'a pas droit à l'appui.

Question 1 Quelles complications de décubitus craignez-vous pour cette patiente ?

Question 2 Quels sont les 4 stades cliniques de l'escarre ?

Question 3 Quelles sont les localisations préférentielles de l'escarre chez cette patiente qui passe presque tout son temps en décubitus dorsal ?

Question 4 Quelle est la physiopathologie de l'escarre ?

Question 5 Quels sont les moyens de prévention de l'escarre ?

Question 6 Quelles sont les grandes étapes de la cicatrisation ? Indiquez, pour chacune d'entre elles, les mesures thérapeutiques employées. Quelles mesures plus générales ne devez-vous pas oublier ?

Question 7 Quelles sont les complications de l'escarre ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
15 points

Quelles complications de décubitus craignez-vous pour cette patiente ?

- Escarre de décubitus..........5 points
- Thrombose veineuse profonde..........5 points
- Perte d'autonomie, grabatisation..........5 points

Question 2
20 points

Quels sont les 4 stades cliniques de l'escarre ?

- Stade I : érythème et œdème périphérique..........5 points
- Stade II : phlyctène sur fond érythémateux..........5 points
- Stade III : nécrose noirâtre de toute l'épaisseur de la peau..........5 points
- Stade IV : nécrose atteignant les tissus profonds laissant parfois apparaître les structures osseuses sous-jacentes....5 points

Question 3
6 points

Quelles sont les localisations préférentielles de l'escarre chez cette patiente qui passe presque tout son temps en décubitus dorsal ?

- Sacrum..........3 points
- Talons..........3 points
- éventuellement en regard colonne vertébrale dorsale (si cyphose)..........NC

Question 4
14 points

Quelle est la physiopathologie de l'escarre ?

- L'escarre résulte d'une hyper pression au niveau des parties molles..........4 points
- entre une éminence osseuse et un support...........3 points
- Ceci entraîne une baisse, voire un arrêt, du flux sanguin cutanée au niveau de la zone d'hyper pression ce qui donne la nécrose tissulaire...........3 points
- Des forces de cisaillement peuvent se surajouter au niveau des zones de pression...........2 points
- Enfin, la stase vasculaire au niveau de la zone ischémiée est elle-même..........1 point
- responsable de micro-thromboses et de la sphacélisation....1 point

Question 5
10 points

Quels sont les moyens de prévention de l'escarre ?

- Limiter l'appui au maximum en changeant de position toutes les 2 à 3 heures, en laissant au maximum les zones à risque dans le vide...........5 points
- Utilisation d'un support adapté...........3 points
- Éviter la macération..........2 points

Question 6
19 points

Quelles sont les grandes étapes de la cicatrisation ? Indiquez, pour chacune d'entre elles, les mesures thérapeutiques employées. Quelles mesures plus générales ne devez-vous pas oublier ?

Étapes de la cicatrisation :

- Phase de détersion (décapage de la nécrose et de la fibrine) ....3 points
  - o décapage mécanique (si besoin chirurgicalement) et/ou ..1 point
  - o décapage chimique (pommades avec enzymes protéolytiques) (ex : ELASE®) ou hydrogels (ex : PURILON®) ....1 point
- Phase de bourgeonnement (formation d'un bourgeon charnu ou tissu de granulation) ....3 points
  - o utilisation de pansements hydrocolloïdes (ex : DUODERM®/COMFEEL®) (ou hydrocellulaires) ....1 point
  - o ou pansements gras (ex : TULLE VASELINÉ®) ....1 point
  - o ou alginates de calcium (ex : ALGOSTÉRIL®). ....NC
- Phase de réépithélialisation (fermeture de la plaie par formation d'un nouvel épithélium) ....3 points
  - o utilisation des mêmes produits que dans la phase précédente. ....1+1 points

Mesures générales :

- Corriger une dénutrition éventuelle : alimentation hypercalorique et riche en protides ....1 point
- Surveillance et correction des troubles hydro-électrolytiques ....1 point
- Quelle que soit l'étape, afin de favoriser la cicatrisation il faudra renouveler les pansements non pas quotidiennement systématiquement mais à saturation du pansement ....2 points

Question 7
15 points

Quelles sont les complications de l'escarre ?

- Infectieuses : ....2 points
  - o cutanées et sous-cutanées ....2 points
  - o ostéo-articulaires ....2 points
  - o à distance de type septicémie ou endocardite ....2 points
- Ostéo-articulaires : impotence fonctionnelle ....2 points
- Perte d'autonomie, grabatisation, aggravation de troubles psychiques ....2 points
- Décompensation de « tares » ....2 points
- Décès ....1 point

COMMENTAIRES

L'escarre est indolore. En effet, les troubles de la sensibilité sont déterminants dans la constitution des lésions, puisque le sujet ne ressent plus la sensation d'inconfort du décubitus prolongé et ne mobilise plus spontanément ses points d'appui. Ainsi, elles touchent souvent les sujets agés mais peuvent également survenir chez des sujets plus jeunes ayant des troubles de la sensibilité (ex : paraplégique).

Question n° 5 : La prévention des escarres est fondamentale. Une inspection quotidienne des zones à risque chez les sujets à risque est nécessaire afin de dépister les lésions à leur stade de début.

Les massages pluriquotidiens au niveau des zones d'appui, longtemps préconisés, n'ont pas fait preuve de leur efficacité et ne sont actuellement plus recommandés.

Dossier 36

Une jeune maman, enceinte de 8 mois, vous amène son petit garçon de 4 ans en consultation pour des lésions péri-buccales évoluant depuis 15 jours. À l'examen, les lésions sont croûteuses, mélicériques, principalement péri-buccales mais l'examen soigneux retrouve également quelques lésions endo-narinaires et quelques lésions des mains. L'enfant est par ailleurs en bon état général, sa courbe staturo-pondérale est satisfaisante.

Question 1 Quel est le diagnostic le plus probable ? Sur quels arguments ?

Question 2 Quels examens complémentaires faites-vous ? Quel est (quels sont) le(s) agent(s) en cause dans cette affection ?

Question 3 Quel traitement prescrivez-vous ? Quelles sont les mesures à associer ?

Question 4 Quel examen complémentaire ne devez-vous pas oublier à distance de l'épisode dermatologique ? Quel est son but ?

L'évolution est rapidement favorable, mais l'affection récidive, de façon un peu plus étendue, 3 semaines plus tard. C'est le papa qui vous amène le petit garçon cette fois-ci car la maman vient d'accoucher. Il vous apprend que le nouveau-né a dû être hospitalisé quelques jours après la naissance pour une éruption cutanée bulleuse étendue avec de la fièvre. Il va mieux depuis la mise sous antibiotiques.

Question 5 Quel diagnostic suspectez-vous pour l'éruption du nouveau-né ?

Question 6 Quel(s) examen(s) complémentaire(s) prescrivez-vous ?

Question 7 Comment faites-vous le lien entre la pathologie du petit garçon et celle du nouveau-né ?

Question 8 En interrogeant bien la maman, vous apprenez qu'elle fait très régulièrement, depuis plusieurs années, des furoncles, en différents points du tégument. Comment s'appelle cette pathologie ? Quelle en est la prise en charge ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
11 points

Quel est le diagnostic le plus probable ? Sur quels arguments ?

- Diagnostic le plus probable : impétigo ....5 points
  Arguments :
- terrain (enfant), ...2 points
- localisation des lésions (péri-orificielles et manu-portées), ...2 points
- sémiologie des lésions avec croûte jaunâtre mélicérique.....2 points

Question 2
11 points

Quels examens complémentaires faites-vous ? Quel est (quels sont) le(s) agent(s) en cause dans cette affection ?

- Aucun examen complémentaire en première intention......5 points
  les agents responsables sont :
- Le staphylocoque doré et ....3 points
- Le streptocoque béta-hémolytique du groupe A................3 points

Question 3
19 points

Quel traitement prescrivez-vous ? Quelles sont les mesures à associer ?

- Traitement local des lésions : ....2 points
  - o Nettoyage bi-quotidien à l'eau et au savon....................1 point
  - o Puis application matin et soir ....1 point
  - o D'un antiseptique ....1 point
  - o Type chlorhexidine aqueuse 0,05 % ....1 point
  - o Puis d'une pommade antibiotique ....1 point
  - o Type pommade à l'acide fucidique (FUCIDINE®) ....1 point
  - o Jusqu'à guérison des lésions ....1 point
- Et traitement systémique *per os* : ....2 points
  - o Antibiothérapie ....1 point
  - o pendant 8 à 10 jours ....1 point
  - o à visée anti-staphylococcique et anti-streptococcique .....1 point
  - o exemple : pénicilline M (oxacilline = BRISTOPEN®, en l'absence d'allergie) ....1 point
  - o ou acide fucidique (FUCIDINE®) ....1 point
- mesures associées :
  - o éviction scolaire de quelques jours, ...2 points
  - o couper les ongles courts..1 point

Question 4
8 points

Quel examen complémentaire ne devez-vous pas oublier à distance de l'épisode dermatologique ? Quel est son but ?

- Bandelette urinaire (ou protéinurie des 24 heures) pour recherche de protéinurie..5 points
- Éliminer une glomérulo-néphrite post-streptococcique ....3 points

Question 5
8 points

Quel diagnostic suspectez-vous pour l'éruption du nouveau-né ?

- **Impétigo bulleux du nouveau-né ou ....8 points**
- **Epidermolyse staphylococcique ou..NC**
- **Staphylococcal Scalded Skin Syndrome...................................NC**

Question 6
8 points

Quel(s) examen(s) complémentaire(s) prescrivez-vous ?

- **Prélèvement bactériologique des lésions et des gîtes chez le petit garçon ....4 points**
- **Prélèvement bactériologique des gîtes des 2 parents........4 points**

Question 7
5 points

Comment faites-vous le lien entre la pathologie du petit garçon et celle du nouveau-né ?

- **La maman (ou éventuellement le papa) est probablement porteuse de staphylocoque doré ....5 points**

Question 8
30 points

En interrogeant bien la maman, vous apprenez qu'elle fait très régulièrement, depuis plusieurs années, des furoncles, en différents points du tégument. Comment s'appelle cette pathologie ? Quelle en est la prise en charge ?

- **Furonculose chronique...5 points**
  Prise en charge :
- **Lorsqu'il existe une lésion : ....NC**
  - **ne pas manipuler les lésions..3 points**
  - **appliquer une compresse imbibée d'un antiseptique localement 2 fois par jour..2 points**
  - **application biquotidienne d'une crème ou pommade antibiotique ....2 points**
  - **ex : crème à l'acide fucidique : FUCIDINE® ou crème à base de mupirocine en cas de staphylocoque methi-R : MUPIDERM®)..1 point**
- **En cas de lésion très volumineuse ou lésions simultanées multiples :**
  - **traitement antibiotique...3 points**
  - **par voie générale ....1 point**
  - **à visée antistaphylococcique ....2 points**
  - **type pénicilline M (ex : ORBÉNINE®) en l'absence d'allergie...1 point**
  - **ou pristinamycine (PYOSTACINE®) en cas d'allergie aux pénicillines...1 point**

En prévention des récidives :

- Recherche de gîtes staphylococciques (nez, ombilic, aisselles, régions inguinales, périné, oreilles) ....3 points
- Décontamination des gîtes infectés par crèmes ou pommades antibiotiques mentionnées ci-dessus (7j/mois) ....3 points
- lavage régulier des draps, linge de toilette et sous-vêtements ....1 point
- lavage fréquent des mains, des ongles (coupés courts)......1 point
- Douche antiseptique 7j par mois..1 point
- Antibiothérapie orale prolongée discutée ....NC

COMMENTAIRES

L'impétigo est très banal chez l'enfant et se localise souvent dans les régions péri-orificielles.

Il peut prendre parfois un aspect de grandes bulles superficielles qui peuvent être trompeuses pour un œil non exercé.

Il peut survenir sur peau saine ou volontiers, surtout chez l'adulte, sur une peau antérieurement lésée (exemple : dermatite atopique, prurigo, gale...). Dans ce cas, on utilise le terme d'impétiginisation. La prise en charge est la même qu'un impétigo sans dermatose sous-jacente, associée au traitement spécifique de la dermatose.

Question n° 3 : L'intérêt de crèmes ou pommades antibiotiques n'est pas consensuel. En effet, lorsqu'une antibiothérapie par voie générale est mise en place, on peut se contente d'une crème émolliente pour ramollir les croûtes (ex : vaseline), pour limiter les risques de sélection de mutants résistants aux antibiotiques topiques et les risques de sensibilisation à ces topiques.

Question n° 7 : Il est impératif de ne pas manipuler un furoncle car on s'expose alors au risque de dissémination profonde des germes et au niveau de la face à une staphylococcie de la face.

Dans le cadre d'une furonculose, il faut rechercher, et traiter, des facteurs favorisants tels que diabète, immuno-dépression, carence martiale.

Dossier 37

Une jeune femme de 30 ans, ayant accouché il y a 4 mois, vous consulte car elle a récemment constaté un décollement de l'ongle de l'index gauche dans ses 2/3 distaux. Par ailleurs, vous observez une discrète coloration verdâtre à la limite proximale du décollement.

Elle n'a pas d'antécédent particulier, ne prend aucun médicament. La grossesse et l'accouchement se sont déroulés sans problème. Elle est par contre très fatiguée depuis l'accouchement. Elle vous explique, en effet, que son bébé ne dort pas très bien et puis elle fait « tout elle-même » : la lessive à la main pour les vêtements du bébé car elle craint les poudres pour machine à laver, la cuisine...

À l'examen, vous mettez en évidence, en plus de cette lésion, une atteinte des 2 ongles des gros orteils, qui existait depuis plus longtemps, à type d'onycholyse disto-latérale atteignant le repli sus-unguéal.

Question 1 Un examen mycologique sur l'ongle de l'index gauche retrouve de nombreuses colonies de Candida albicans, avec présence de pseudo-filaments et de blastopores. Que pensez-vous de ce résultat ?

Question 2 Quels éléments d'examen clinique devez-vous rechercher pour étayer, possiblement, votre diagnostic ?

Question 3 Quels facteurs ont pu favoriser l'affection, chez cette patiente ?

Question 4 Quel en est le traitement ?

Question 5 Quel est votre hypothèse diagnostique pour la lésion des gros orteils ? Que recherchez-vous à l'interrogatoire et à l'examen clinique pour étayer votre hypothèse ? Comment confirmez-vous le diagnostic ?

Question 6 Quel traitement préconisez-vous ? Quelle en est la surveillance ?

Question 7 Très satisfaite de votre prise en charge, elle vous recommande à un de ses amis, âgé de 35 ans, qui présente également une atteinte unguéale des ongles des pieds. Lorsqu'il vous consulte, vous observez une leuconychie totale de 4 des orteils droits et 2 orteils gauches, sans paronychie. Il vous affirme que ces lésions sont apparues très rapidement, qu'elles ont commencé au niveau proximal. Quelle est votre principale hypothèse diagnostique ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
8 points

Un examen mycologique sur l'ongle de l'index gauche retrouve de nombreuses colonies de Candida albicans, avec présence de pseudo-filaments et de blastopores. Que pensez-vous de ce résultat ?

- Il s'agit probablement d'une onycholyse d'origine candidosique spécifique. .... 5 points
- La présence de blastopores et de pseudo-filaments témoigne du caractère pathogène de la levure. .... 3 points

Question 2
10 points

Quels éléments d'examen clinique devez-vous rechercher pour étayer, possiblement, votre diagnostic ?

- Candidose buccale : muguet .... 2 points
- Candidose linguale : langue vernissée .... 2 points
- Chéilite angulaire (perlèche) souvent d'origine candidosique .... 2 points
- Vulvo-vaginite avec leucorrhées blanchâtres et crémeuses .... 2 points
- Prurit et/ou candidose anale .... 2 points

Question 3
5 points

Quels facteurs ont pu favoriser l'affection, chez cette patiente ?

- Le fait d'avoir les mains humides de façon très prolongée ou répétée (lavages itératifs et lessives). .... 5 points

Question 4
19 points

Quel en est le traitement ?

- Mesures de protection impératives : .... 5 points
  - protection des mains dans des gants (double paire : gants en coton et en vinyl par-dessus) pour tout travail en humidité .... 2 points
  - limiter les lavages (maximum 3 à 4 par jour) à l'eau et au savon suivis d'un séchage soigneux, au séchoir électrique si possible .... 2 points
- Avulsion mécanique ou chimique de l'ongle indispensable : .... 6 points
  - permettant l'exposition du lit de l'ongle à un topique antifongique imidazolé ou à la ciclopiroxolamine (ex : MYCOSTER® spray plusieurs fois par jour pendant 3 semaines). .... 4 points

Question 5
17 points

Quel est votre hypothèse diagnostique pour la lésion des gros orteils ? Que recherchez-vous à l'interrogatoire et à l'examen clinique pour étayer votre hypothèse ? Comment confirmez-vous le diagnostic ?

- Une infection unguéale fongique..2 points
  - o à dermatophyte. ....5 points

  Rechercher : ....
- Un intertrigo inter-orteil..2 points
- Une éruption vésiculo-pustuleuse plantaire dermatophytique...2 points
- Une simple desquamation plantaire dermatophytique........1 point
- Un prurit inter-orteil...1 point
- Un syndrome deux pieds-une main (infection à Trichophyton rubrum)...1 point
- Confirmation du diagnostic par prélèvement mycologique des ongles avec examen direct et mise en culture. ....3 points

Question 6
33 points

Quel traitement préconisez-vous ? Quelle en est la surveillance ?

- Prescription d'un traitement systémique par ....3 points
- Terbinafine (LAMISIL®) per os ....3 points
- pendant 3 mois en moyenne ....3 points
- Le traitement systémique étant indispensable du fait de l'atteinte proximale et latérale......................................3 points
- Adjonction d'un traitement local par ....1 point
- une solution filmogène antifongique telle que ....3 points
  - o l'amorolfine (LOCERYL®) une fois par semaine.............2 points
  - o pendant 9 à 12 mois ....1 point
- On peut associer un traitement mécanique ....3 points
- par avulsion chimique avec une préparation à l'urée.......3 points
- ou chirurgicale partielle sous anesthésie locale de la partie atteinte de l'ongle, suivie d'une application quotidienne d'un topique antifongique. ....NC
- Traitement indispensable d'un intertrigo inter-orteil ou d'une atteinte dermatophytique plantaire associée par un topique imidazolé (ex : Kétoderm* crème 2 fois par jour)...5 points

  Surveillance du traitement :
- Clinique :
  - o réactions cutanées allergiques : rash, prurit, urticaire.....1 point
  - o troubles digestifs ....1 point
  - o perte de goût ....1 point
- Paraclinique : surveillance (discutée) du bilan hépatique pré-thérapeutique et à un mois de traitement............................NC

Question 7
8 points

Très satisfaite de votre prise en charge, elle vous recommande à un de ses amis, âgé de 35 ans, qui présente également une atteinte unguéale des ongles des pieds. Lorsqu'il vous consulte, vous observez une leuconychie totale de 4 des orteils droits et 2 orteils gauches, sans paronychie. Il vous affirme que ces lésions sont apparues très rapidement, qu'elles ont commencé au niveau proximal. Quelle est votre principale hypothèse diagnostique ?

- **Une infection unguéale à dermatophytes..........................4 points**
- **chez un sujet immuno-déprimé,..2 points**
- **en particulier HIV+ ....2 points**

COMMENTAIRES

Question n° 1 : L'isolement de Candida albicans, en culture, à partir d'ongles des mains est très suggestif d'une réelle candidose. La pathogénicité de levures autres que Candida albicans est incertaine au niveau des ongles. Cependant, la présence, en grande quantité de levures autres que Candida albicans sur plusieurs prélèvements consécutifs, peut témoigner de leur rôle pathogène. Cela ne signifie pas qu'elles soient à l'origine de la dystrophie unguéale, elles peuvent la surinfecter. La présence de pseudo-filaments et/ou de blastopores témoigne du caractère pathogène de la levure.

Question n° 3 :

Les champignons se développent d'autant mieux qu'ils sont en milieu chaud et humide !

Question n° 4 :

Les mesures de protection vis-à-vis de l'humidité sont capitales dans la prise en charge de la malade. La double paire de gants est indispensable car une paire de gants en vinyle seule favorise la transpiration et la macération et des gants en coton seuls ne protègent pas de l'humidité.

Question n° 6 :

L'atteinte du repli sous-unguéal implique un traitement systémique obligatoire. En effet, il signe une atteinte matricielle qui ne pourra pas être traitée par soins locaux exclusifs.

Question n° 7 :

Une leuconychie dermatophytique à point de départ proximal doit faire systématiquement rechercher une immuno-dépression sous-jacente notamment une infection HIV. L'autre particularité de ces infections fongiques de l'immuno-déprimé est leur développement rapide, voire explosif.

Dossier 

Un homme âgé de 75 ans, blond aux yeux bleus, ancien agriculteur en Beauce, vous consulte pour plusieurs lésions cutanées du visage évoluant depuis plusieurs mois. La plupart sont des lésions croûteuses, non infiltrées et siègent sur le scalp chez ce patient présentant une calvitie avancée. L'examen attentif met également en évidence une lésion perlée télangiectasique d'environ 0,5 cm de diamètre du sillon naso-génien gauche.

Question 1 Quels diagnostics évoquez-vous pour les 2 types de lésions observées ?

Question 2 Vous êtes assez sûr de vous cliniquement et non inquiet pour les lésions du scalp. En revanche, vous souhaitez confirmer votre hypothèse diagnostique pour la lésion du sillon naso-génien. Quel examen réalisez-vous ? Qu'en attendez-vous ?

Question 3 Quelle thérapeutique pouvez-vous réaliser au cabinet pour les lésions du scalp, au cours de cette première consultation ?

Question 4 Votre hypothèse clinique pour la lésion du sillon naso-génien se confirme. Quelle est la conduite à tenir thérapeutique ?

Question 5 Quels sont les facteurs qui ont vraisemblablement favorisé le développement de ces lésions chez ce patient ?

Question 6 Quels sont les risques cutanés à long terme chez ce patient ? Quelle surveillance instaurez-vous ?

Question 7 Quelles sont les deux maladies génétiques qui peuvent être responsables de l'apparition de carcinomes baso-cellulaires dès l'enfance ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
15 points

Quels diagnostics évoquez-vous pour les 2 types de lésions observées ?

- Lésions du scalp : kératoses actiniques ....5 points
- Lésion du sillon naso-génien : carcinome basocellulaire..10 points

Question 2
15 points

Vous êtes assez sûr de vous cliniquement et non inquiet pour les lésions du scalp. En revanche, vous souhaitez confirmer votre hypothèse diagnostique pour la lésion du sillon naso-génien. Quel examen réalisez-vous ? Qu'en attendez-vous ?

- Biopsie cutanée ....5 points
- pour examen anatomo-pathologique ....5 points

Résultats :

- tumeur cutanée constituée d'amas de cellules basophiles.2 points
- disposées en palissades,..2 points
- s'agençant en petites travées ou massifs appendus à l'épiderme,...1 point
- On peut également observer des signes d'héliodermie...........NC
- (atrophie cutanée, élastose actinique). ....NC

Question 3
10 points

Quelle thérapeutique pouvez-vous réaliser au cabinet pour les lésions du scalp, au cours de cette première consultation ?

- Destruction par azote liquide ....10 points

Question 4
10 points

Votre hypothèse clinique pour la lésion du sillon naso-génien se confirme. Quelle est la conduite à tenir thérapeutique ?

- Exérèse chirurgicale complète...5 points
- Avec des marges de 5 mm minimum ....2 points
- Et examen anatomo-pathologique de toute la pièce. ....3 points

Question 5
15 points

Quels sont les facteurs qui ont vraisemblablement favorisé le développement de ces lésions chez ce patient ?

- Phototype clair...4 points
- Profession à risque..4 points
- Exposition solaire cumulée intense ....5 points
- Calvitie (pour lésions du scalp)...2 points

Question 6
25 points

Quels sont les risques cutanés à long terme chez ce patient ? Quelle surveillance instaurez-vous ?

> Risques cutanés chez ce patient :
> - Récidive locale du carcinome baso cellulaire....................5 points
> - Apparition de nouvelles tumeurs cutanées épithéliales (CBC, CSC)....................5 points
> - Apparition d'autres tumeurs photo-induites (en particulier mélanome)....................5 points
> - Transformation de kératoses actiniques en carcinome spino cellulaire....................5 points
>
> Surveillance à instaurer :
> - Examen clinique tous les 6 mois puis tous les ans à vie (dépistage de récidive ou de nouvelle tumeur) ....5 points

Question 7
10 points

Quelles sont les deux maladies génétiques qui peuvent être responsables de l'apparition de carcinomes baso-cellulaires dès l'enfance ?

> - Xeroderma Pigmentosum....................5 points
> - Syndrome de Gorlin (syndrome des hamartomes basocellulaires multiples)....................5 points

COMMENTAIRES

Les carcinomes baso cellulaires (CBC) se développant sur les lignes de fusion embryonnaire (sillons naso-géniens, ailes du nez, région auriculaire et périauriculaire et ligne d'accolement entre la lèvre supérieure et la joue) sont à haut risque de récidive. Ils nécessitent donc une exérèse avec des marges « suffisantes » et une surveillance régulière.

Les carcinomes baso-cellulaires sont de présentation clinique polymorphe, on en distingue globalement 6 types :

- plan à bordure perlé (forme la plus fréquente)
- nodulaire
- superficiel (pagétoïde ou érythémateux)
- ulcéreux
- sclérodermiforme
- pigmenté

Ces tumeurs ne donnent habituellement pas de métastase, au contraire des carcinomes spino-cellulaires qui ont un fort potentiel lymphophile et métastatique.

Le traitement est avant tout chirurgical. Cependant, dans les formes superficielles, un traitement local par Imiquimod (ALDARA®), immuno-modulateur stimulant la sécrétion locale d'interféron-alpha, a permis de bons résultats.

Le Xeroderma pigmentosum est lié à un trouble de la réparation de l'ADN et est responsable de l'apparition, dès le plus jeune âge, de très nombreuses tumeurs cutanées (CBC, carcinomes spino-cellulaires, mélanomes).

Le syndrome de Garlin est de transmission autosomique dominante et est lié au gène « patched ». Il associe, en plus de nombreux CBC, des pits ou puits palmaires caractéristiques, des anomalies osseuses (kystes mandibulaires, anomalies costales ou vertébrales) et des anomalies du système neuro-endocrinien.

Dossier 

Monsieur B., 55 ans consulte pour l'apparition depuis quelques mois de douleurs de la main droite lors d'exposition au froid. Il vous explique que ses « doigts deviennent tout blancs et font mal, puis ça passe quand ils se réchauffent ». Il n'a pas d'antécédent particulier et ne prend aucun médicament. L'examen met en évidence une petite nécrose de la pulpe de l'index droit.

Question 1 Quels sont les critères cliniques pour parler de phénomène de Raynaud ?

Question 2 Quels éléments devez-vous rechercher à l'interrogatoire dans le cadre de l'enquête étiologique de ce phénomène de Raynaud ?

Question 3 Quels sont, dans ce cas, les arguments en faveur d'un phénomène de Raynaud secondaire ?

Question 4 Quel bilan paraclinique prescrivez-vous ?

Question 5 Quels conseils d'hygiène de vie donnez-vous au patient (quelle que soit l'étiologie du phénomène de Raynaud) ?

Question 6 Quelle classe thérapeutique est la plus adaptée au traitement symptomatique des manifestations ?

Question 7 Monsieur B. revient vous voir 5 ans plus tard avec sa fille de 12 ans, très inquiet, car elle se plaint d'avoir les doigts et les pieds violacés, surtout au froid, depuis déjà 3 ans. Elle se plaint également d'une hyperhidrose. Enfin, ces 2 derniers hivers, elle a eu de temps en temps, les doigts qui sont devenus blancs et douloureux. Elle est par ailleurs en excellent état général et n'a aucun autre symptôme.

Quels arguments donnez-vous à monsieur B. pour le rassurer quant aux manifestations de sa fille ? Quel bilan étiologique minimum prescrivez-vous ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
10 points

Quels sont les critères cliniques pour parler de phénomène de Raynaud ?

- Le phénomène de Raynaud se déroule en 3 phases successives :........................1 point
  - o Phase syncopale (doigts blancs « comme morts » avec perte de la sensibilité, due à un arrêt brutal de la circulation artérielle digitale)........................3 points
  - o Phase asphyxique (doigts bleus, due au ralentissement du courant veinulaire, inconstante)........................3 points
  - o Phase hyperhémique (doigts rouges, due à une vasodilatation artérielle)........................3 points

Question 2
25 points

Quels éléments devez-vous rechercher à l'interrogatoire dans le cadre de l'enquête étiologique de ce phénomène de Raynaud ?

- Profession (exposition à des traumatismes répétés)...........3 points
- Main dominante ....2 points
- Facteurs de risque d'athérosclérose : ....2 points
  - o Tabagisme........................1 point
  - o Hypercholestérolémie ....1 point
  - o Diabète ....1 point
  - o HTA........................1 point
- Antécédent familial d'artériopathie........................1 point
- Signes généraux évocateurs de connectivite : ....3 points
- Photosensibilité........................1 point
- Arthralgies ....1 point
- Syndrome sec........................1 point
- Alopécie diffuse ....1 point
- Ulcérations buccales ....1 point
- Myalgies ....1 point
- Reflux gastro-oesophagien........................1 point
- Dyspnée........................1 point
- Signes d'hypothyroïdie ou d'acromégalie ....1 point
- Arguments en faveur d'une hémopathie ....1 point

Question 3
10 points

Quels sont, dans ce cas, les arguments en faveur d'un phénomène de Raynaud secondaire ?

- Caractère unilatéral........................4 points
- Terrain : homme, âge avancé ....3 points
- Nécrose pulpaire........................3 points

Question 4
15 points

Quel bilan paraclinique prescrivez-vous ?

- Biologie : ....NC
  - o hemogramme, ...1 point
  - o FAN, anti-ECT, anti-DNA, ...1 point
  - o cryoglobulinémie, ...1 point
  - o facteur rhumatoïde, ...NC
  - o TPHA-VDRL, ...1 point
  - o anti-phospholipides, anticoagulant circulant, ...1 point
  - o TSH, ...1 point
  - o bilan lipidique, ...1 point
  - o CRP, EPP. ....NC
- Capillaroscopie péri-unguéale ....3 points
- Echo-Doppler des 2 membres supérieurs ....3 points
- Radiographie thoracique et des mains ....2 points

Question 5
15 points

Quels conseils d'hygiène de vie donnez-vous au patient (quelle que soit l'étiologie du phénomène de Raynaud) ?

- Arrêt du tabagisme ....5 points
- Éviction du froid et de l'humidité ....1 point
- Port de gants ....2 points
- Éviter les traumatismes ....2 points
- Supprimer tout médicament vaso-constricteur ....5 points

Question 6
5 points

Quelle classe thérapeutique est la plus adaptée au traitement symptomatique des manifestations ?

- La classe des Inhibiteurs calciques ....5 points
- en prise per os (par exemple DILTIAZEM-TILDIEM®) ....NC

Question 7
20 points

Quels arguments donnez-vous à monsieur B. pour le rassurer quant aux manifestations de sa fille ? Quel bilan étiologique minimum prescrivez-vous ?

- Il s'agit plutôt d'un phénomène de Raynaud primitif sur : ....5 points
  - o terrain (femme jeune) ....1 point
  - o recul évolutif sans manifestation associée ....1 point
  - o caractère bilatéral ....1 point
  - o absence de manifestation associée ....1 point
- Bilan minimum :
  - o hemogramme ....2 points
  - o FAN, anti-ECT, anti-DNA natifs ....2 points
  - o capillaroscopie ....4 points
  - o radiographie thoracique et des mains. ....3 points

COMMENTAIRES

La phase syncopale est indispensable au diagnostic de Raynaud. En son absence, on parle plutôt d'acro-syndrome au froid.

Il est impératif de distinguer le phénomène de Raynaud primitif (maladie de Raynaud) du phénomène de Raynaud secondaire (syndrome de Raynaud).

Les principales causes de Raynaud secondaire sont : les collagénoses, les causes iatrogènes (médicaments, tels que les béta-bloquants, les vasoconstricteurs, les dérivés de l'ergot de seigle, la bléomycine, la ciclosporine...), les causes professionnelles (intoxications par métaux lourds ou chlorure de vinyle, micro-traumatismes répétés), les causes neurogéniques ou artérielles (embolie artérielle, thrombo-angéite oblitérante, pathologie du défilé costo-claviculaire, syndrome du canal carpien, algoneurodystrophie), l'hypothyroïdie, une cryoglobulinémie, une hémopathie (Waldenström, polyglobulie).

Dossier 40

Concours Région Nord/Dossier n° 2 – 1999

Monsieur G. Pierre, 24 ans vient vous consulter 5 jours après un séjour de 2 mois en Afrique de l'Ouest. Il consulte pour un prurit, à renforcement nocturne, prédominant au niveau des mains, des poignets.

Vous évoquez une gale.

Question 1 Quels signes cliniques caractéristiques recherchez-vous au niveau des lésions des membres supérieurs ?

Question 2 Quelles autres localisations devez-vous rechercher ?

Question 3 *Sarcopte scabei* est retrouvé dans les prélèvements des squames. Donnez les principes du traitement et les modalités en citant une molécule utilisée.

Question 4 Quel est le mode de transmission de la gale ? Faut-il chercher d'autres maladies associées ? Quelles mesures envisagez-vous pour son entourage ?

Question 5 Après traitement (8e jour), le prurit persiste alors que les lésions semblent s'amender. Quelles sont vos hypothèses ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
20 points

Quels signes cliniques caractéristiques recherchez-vous au niveau des lésions des membres supérieurs ?

- Sillon scabieux (examen à compléter par une recherche de Sarcopte au dermatoscope) .... 10 points
- Nodules scabieux .... 5 points
- Papules perlées interdigitales .... 5 points

Question 2
20 points

Quelles autres localisations devez-vous rechercher ?

- organes génitaux externes .... 4 points
- face interne des cuisses .... 4 points
- fesses .... 4 points
- ombilic .... 4 points
- mamelon et aréoles mammaires .... 4 points

Question 3
27 points

Sarcopte scabei est retrouvé dans les prélèvements des squames. Donnez les principes du traitement et les modalités en citant une molécule utilisée.

Principes du traitement :

- Traitement scabicide simultané du sujet atteint et des sujets contacts .... 8 points
- Traitement du linge ayant été en contact par lavage à 60 °C ou insecticide .... 5 points

Modalités du traitement :

- 1 badigeon d'Ascabiol, (benzoate de benzyle) sur tout le corps sauf le visage, pendant 24 heures, à renouveler éventuellement à 24 heures d'intervalle. .... 8 points
- Rebadigeonner les espaces interdigitaux après chaque lavage de mains. .... 1 point
- Lavage de tout le linge passant en machine à 60 °C, traitement du reste du linge par application d'un acaricide type A-PAR® pendant 48 à 72 heures dans un sac plastique .... 5 points

Question 4
18 points

Quel est le mode de transmission de la gale ? Faut-il chercher d'autres maladies associées ? Quelles mesures envisagez-vous pour son entourage ?

- La gale se transmet par un contact interhumain direct, classiquement lors de ....5 points
- contacts « intimes et prolongés ». Plus rarement, elle peut être transmise par contact indirect (literie, vêtements). Elle est considérée comme une Maladie Sexuellement transmissible (MST). ....1 point
- Oui, il faut rechercher d'autres MST :...............................4 points
  - o Sérologie HIV ....1 point
  - o Hépatite B ....1 point
  - o TPHA-VDRL..1 point
  - o PCR Chlamydia sur premier jet d'urines..........................1 point

  Mesures envisagées pour l'entourage :
- Traitement de l'entourage de la même façon que le cas...2 points
- Dépistage éventuel de MST...2 points

Question 5
15 points

Après traitement (8e jour), le prurit persiste alors que les lésions semblent s'amender. Quelles sont vos hypothèses ?

- Gale en voie de guérison, prurit par dermite irritative sous Ascabiol,...5 points
- Persistance de l'affection par échec du traitement (traitement mal appliqué ou mauvais traitement du linge)...5 points
- Ré-infestation ....3 points
- Prurit post-scabieux (mais un peu précoce pour l'envisager) ....2 points

COMMENTAIRES

Question n° 1 :

Les nodules scabieux sont surtout localisés sur les organes génitaux externes, plus rarement à distance.

Question n° 3 :

L'ivermectine (STROMECTOL®) a obtenu l'AMM dans le traitement de la gale. Elle s'utilise en prise unique per os à la dose unique de 200 microg/kg. À utiliser notamment chez les sujets chez lesquels le traitement par badigeon apparaît difficile (sujets âgés grabataires) ou enfin, en cas d'épidémie dans les institutions par exemple.

L'oubli du traitement des sujets contacts est une erreur grossière et risque de vouer à l'échec le traitement.

Question n° 5 :

Après un traitement de gale bien conduit, le prurit disparaît habituellement en quelques jours. Il peut cependant parfois persister pendant 2 à 4 semaines. Au-delà, il faut envisager la possibilité d'un échec du traitement, d'une ré-infestation, voire d'une acarophobie. En principe si les lésions sont en train de s'amender, on envisage surtout, une dermite irritative à l'ASCABIOL®.

Dossier 41

Concours Région Sud/Dossier n° 1 – 1999

Une femme de 30 ans vient consulter car depuis 10 jours elle se plaint de fatigue et de sueurs faciles. De plus, depuis 5 ou 6 jours, elle a remarqué des lésions cutanées érythémateuses saillantes et sensibles, mesurant 2 à 3 cm de diamètre, et situées sur la région prétibiale des deux jambes.

Question 1 On retient en premier lieu le diagnostic d'érythème noueux. Quels autres symptômes sont habituellement observés et quelles sont les autres localisations de l'éruption ?

Question 2 Énoncez les 3 causes infectieuses bactériennes les plus fréquemment responsables d'un érythème noueux.

Question 3 Indiquez les examens complémentaires minimums indispensables au cours d'un érythème noueux.

Question 4 Quelles sont les principales causes non infectieuses de l'érythème noueux ?

Question 5 Un examen anatomo-pathologique des nouures peut-il orienter vers une étiologie ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
27 points

On retient en premier lieu le diagnostic d'érythème noueux. Quels autres symptômes sont habituellement observés et quelles sont les autres localisations de l'éruption ?

Autres symptômes habituellement rencontrés dans l'érythème noueux :
- Arthralgies .... 5 points
- Toux .... 5 points
- Fébricule .... 5 points
- Parfois rhinopharyngite .... 5 points
- Altération de l'état général .... NC

Autres localisations de l'éruption :
- Habituellement uniquement les membres inférieurs .... 4 points
- Atteinte possible des cuisses .... 1 point
- Des fesses .... 1 point
- Voire des membres supérieurs .... 1 point

Question 2
15 points

Énoncez les 3 causes infectieuses bactériennes les plus fréquemment responsables d'un érythème noueux.

- Post-streptococcique .... 5 points
- Primo-infection tuberculeuse .... 5 points
- Yersiniose .... 5 points

Question 3
28 points

Indiquez les examens complémentaires minimums indispensables au cours d'un érythème noueux.

- Radiographie thoracique .... 6 points
- IDR à la tuberculine .... 6 points
- Bandelette urinaire à la recherche d'une protéinurie .... 3 points
- Prélèvement bactériologique de gorge .... 2 points
- Hémogramme (Numération formule sanguine, et plaquettaire) .... 1 point
- Bilan inflammatoire : VS, CRP, fibrinogène .... 1 point
- Ionogramme sanguin, urée, créatininémie .... 1 point
- Calcémie, phosphorémie, calciurie et phosphaturie des 24 heures .... 1 point
- Bilan hépatique complet .... 1 point
- Deux dosages successifs, (à 15 jours) des antistreptolysines et antistreptodornases .... 1 point
- Enzyme de conversion de l'angiotensine .... 1 point
- Sérologie des yersinioses .... 1 point
- Examen ORL avec radiographies des sinus .... 1 point
- Examen stomatologique avec panoramique dentaire .... 1 point
- Examen ophtalmologique (à la recherche d'un syndrome sec ou d'une uvéite) .... 1 point

Question 4
20 points

Quelles sont les principales causes non infectieuses de l'érythème noueux ?

- Sarcoïdose .... 5 points
- Maladies inflammatoires chroniques du tube digestif (Crohn, rectocolite hémorragique) .... 5 points
- Maladie de Behçet .... 5 points
- Médicaments .... 5 points

Question 5
10 points

Un examen anatomo-pathologique des nouures peut-il orienter vers une étiologie ?

- NON, l'histologie n'est pas spécifique .... 10 points

COMMENTAIRES

Question n° 1 :

Les signes associés ne sont pas constants mais souvent présents.

Dans l'immense majorité des cas les lésions siègent uniquement sur les jambes. La présence de lésions notamment sur les membres supérieurs est atypique et doit faire reconsidérer le diagnostic d'érythème naueux, toujours possible cependant.

Question n° 3 :

Certains examens apparaissent essentiels comme la radiographie de thorax, l'IDR à la tuberculine. Le reste du bilan pourra être guidé par la clinique (ex : prélèvement de gorge si notion d'angine, coproculture si notion de diarrhée...).

Question n° 4 :

Les médicaments font partie des causes classiques d'érythème noueux non infectieux. Les plus classiquement incriminés sont : les pilules oestroprogestatives, l'aspirine, les sulfamides, les médicaments à base de brome ou d'or.

Question n° 5 :

Le seul intérêt de l'histologie est de distinguer un érythème noueux atypique d'une autre cause de dermo-hypodermite inflammatoire aiguë ou subaiguë. Elle ne donne, en cas d'érythème noueux, aucune orientation étiologique.

Dossier 42

Concours Région Sud/Dossier n° 8 – 1999

Une jeune femme, apprentie coiffeuse depuis 1 an, vous consulte pour des lésions prurigineuses des mains apparues depuis moins de 2 mois. Ces lésions siègent surtout sur la face latérale des doigts, mais également sur les faces palmaire et dorsale des mains et se terminent par un bord mal limité, émietté, sur le tiers distal des avant-bras. Elles évoluent en plusieurs phases successives : d'abord apparaît un érythème et un œdème prurigineux, puis des vésicules qui se rompent, se dessèchent pour former des croûtes jaunâtres ; enfin, l'épiderme altéré s'élimine sous forme de squames. Les lésions se sont partiellement améliorées après une semaine d'arrêt de travail. Initialement sensibles aux dermocorticoïdes, les lésions sont peu à peu devenues résistantes à ce type de traitement.

Question 1 Quel diagnostic évoquez-vous ? Justifiez.

Question 2 Quel est le mécanisme physiopathologique de cette affection ?

Question 3 Comment confirmer votre diagnostic ?

Question 4 Que vous fait craindre la corticorésistance ? Comment confirmer cette crainte ?

Question 5 Quelle est votre prise en charge thérapeutique ?

Question 6 Quelles autres mesures doivent accompagner le traitement ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
22 points

Quel diagnostic évoquez-vous ? Justifiez.

- Eczéma aigu de contact ....10 points
  Arguments :
- « eczéma » sur la sémiologie des lésions : (lésions vésiculeuses prurigineuses à bord mal limité, émietté) ......3 points
- avec évolution caractéristique « de contact » sur la profession à risque (teintures capillaires+++), ...3 points
- siège des lésions au niveau des mains (manipulation des produits), ...3 points
- amélioration après une semaine d'arrêt de travail...........3 points

Question 2
30 points

Quel est le mécanisme physiopathologique de cette affection ?

- Hypersensibilité retardée de type IV ....10 points
- Phase de sensibilisation (ou d'induction) : pénétration de l'antigène au travers de l'épiderme, captation de cet antigène par les cellules présentatrices de l'antigène (en particulier les cellules de Langerhans) ; présentation de cet antigène aux lymphocytes T dans les ganglions lymphatiques.....3+4 points
- Amplification clonale de lymphocytes T spécifiques de l'antigène (phase de latence) et mise en route ....3+4 points
- de la phase effectrice : migration des lymphocytes T (type Th 2) spécifiques de l'antigène vers l'épiderme où la rencontre avec l'antigène induit la réaction inflammatoire cutanée (lésions d'eczéma aigu). ....3+3 points

Question 3
5 points

Comment confirmer votre diagnostic ?

- Par la réalisation de tests épi-cutanés (batterie standard et produits manipulés) ....5 points

Question 4
15 points

Que vous fait craindre la corticorésistance ? Comment confirmer cette crainte ?

- Une sensibilisation aux dermo-corticoïdes utilisés............10 points
- Par la réalisation de tests épi-cutanés testant les différentes classes de dermo-corticoïdes ....5 points

Question 5
10 points

Quelle est votre prise en charge thérapeutique ?

- Éviction du contact avec le (ou les) produit(s) mis en cause,...4 points
- Par l'utilisation systématique de gants................................1 point
- Application de dermo-corticoïdes de classe I ou II (en respectant une sensibilisation éventuelle) ....4 points
- à posologie progressivement décroissante ....1 point

Question 6
15 points

Quelles autres mesures doivent accompagner le traitement ?

- Envisager une nouvelle orientation professionnelle si l'éviction du (ou des) produit(s) en cause paraît difficile au sein de l'entreprise ....3 points
- Collaboration avec le médecin du travail..........................2 points
- Pour prise en charge éventuelle en maladie professionnelle..5 points
- Arrêt de travail...5 points

COMMENTAIRES

Question n° 1 :

Les 3 termes de la réponse sont importants : « eczéma », « aigu », « de contact ».

Question n° 2 :

Le modèle physiopathologique de l'eczéma est un modèle particulièrement intéressant dans la compréhension de la réponse immunitaire.

Question n° 5 :

L'oubli de l'éviction du produit incriminé est une grossière erreur car tout traitement sera alors insuffisant.

Question n° 6 :

Les eczémas de contact de cause professionnelle sont parmi les plus fréquentes maladies professionnelles indemnisables. Les professions à risque sont : les coiffeurs, les métiers du bâtiment, les professions de santé, les horticulteurs.

Un eczéma de contact chronique, notamment au niveau des mains, peut avoir un fort retentissement socio-professionnel.

Dossier 43

Internat Région Nord/Dossier n° 03 – 2001

Madame C, âgée de 30 ans et habitant dans une ville de 300 000 habitants, consulte pour des lésions érythémato-squameuses disséminées sur l'ensemble du corps. Des lésions cutanées identiques existaient depuis l'âge de 17 ans. Elles étaient jusqu'à présent peu nombreuses et n'avaient jamais inquiété la patiente. Elle appliquait parfois des « crèmes » dont elle a oublié le nom. Ces petites lésions siégeaient au niveau des coudes et des genoux. Depuis 15 jours, les lésions se sont étendues à tout le tégument, atteignant environ 40 % de la surface cutanée. L'examen clinique objective des lésions érythémato-squameuses arrondies, nettement circonscrites, de 1 à 3 cm de diamètre, siégeant préférentiellement sur les faces d'extension des articulations et la région lombo-sacrée. Certaines sont totalement recouvertes de squames blanc nacré, d'autres sont plus érythémateuses avec des squames moins épaisses. Sur le cuir chevelu, il existe une atteinte en casque épais, avec bordure érythémateuse très inflammatoire. On note une ponctuation en dé à coudre sur les ongles des mains.

Question 1 Quel est votre diagnostic ? Détaillez les arguments cliniques qui permettent de le poser.

Question 2 Des examens complémentaires vous semble-t-il nécessaires pour confirmer le diagnostic ?

Question 3 Quels sont les facteurs favorisants à rechercher pour tenter d'expliquer la poussée actuelle que présente cette patiente ?

Question 4 Quel(s) traitements vous semble(nt) le(s) plus adaptés(s) à cette malade et quel bilan effectuez-vous avant sa (leur) mise en route ?

Question 5 Après 5 semaines de traitement, les lésions cutanées sont nettement améliorées. Il ne persiste plus que quelques plaques érythémateuses sur les coudes. Quel traitement vous semble le plus adapté pour traiter ces lésions résiduelles ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
30 points

Quel est votre diagnostic ? Détaillez les arguments cliniques qui permettent de le poser.

- Diagnostic : psoriasis (vulgaire) ....10 points
  Arguments :
- Sémiologie des lésions : plaques érythémato-squameuses arrondies et bien limitées ....5 points
- Topographie des lésions : atteintes des zones bastions (coudes, genoux, zone lombo-sacrée, cuir chevelu) ....5 points
- Atteinte unguéale avec ponctuations en dé à coudre........4 points
- Dermatose chronique ....3 points
- Évoluant par poussées..3 points

Question 2
10 points

Des examens complémentaires vous semble-t-il nécessaires pour confirmer le diagnostic ?

- Non, le diagnostic est clinique ....10 points

Question 3
20 points

Quels sont les facteurs favorisants à rechercher pour tenter d'expliquer la poussée actuelle que présente cette patiente ?

- Stress ....10 points
- Prise médicamenteuse (Lithium, b-Bloquant essentiellement) ....10 points

Question 4
25 points

Quel(s) traitements vous semble(nt) le(s) plus adaptés(s) à cette malade et quel bilan effectuez-vous avant sa (leur) mise en route ?

Compte tenu de :
- L'étendue des lésions (la dermatose atteint 40 % de la surface corporelle)...3 points
- L'âge et le sexe de la patiente ....2 points
- Le domicile (zone urbaine probablement équipée) ....1 point
- Le traitement le plus adapté est la photothérapie (ou PUVAthérapie) ....10 points

Le bilan comprend :
- Un interrogatoire afin d'éliminer :
  - o Un antécédent de mélanome ....1 point
  - o Grossesse, allaitement ....1 point
  - o Une maladie photo-induite ou photo-aggravée..............1 point
  - o La prise concomitante d'un traitement immunosuppresseur ou photosensibilisant..........................1 point

- Un examen clinique afin de :
  - o Éliminer l'existence d'un syndrome des nævus atypiques ou d'éventuelles lésions suspectes..1 point
  - o Définir le phototype ....1 point
  - o Apprécier le degré d'héliodermie...................................1 point
- Un bilan paraclinique :
  - o Examen ophtalmologique pour éliminer une cataracte ..1 point
  - o Biologique : créatininémie et transaminases....................1 point

Question 5
15 points

Après 5 semaines de traitement, les lésions cutanées sont nettement améliorées. Il ne persiste plus que quelques plaques érythémateuses sur les coudes. Quel traitement vous semble le plus adapté pour traiter ces lésions résiduelles ?

- Un traitement local ....10 points
- Par exemple un dermocorticoïde de classe 2 (en crème ou pommade) à appliquer une fois par jour sur les plaques ....3 points
- éventuellement associé à un analogue de la vitamine D3 ....2 points

COMMENTAIRES

Le diagnostic de psoriasis est pratiquement toujours clinique.

Il s'agit d'une dermatose chronique évoluant par poussées.

Il existe des formes graves : érythrodermiques, rhumatismales, pustuleuses.

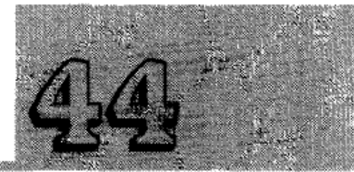
Le traitement est symptomatique. Il est le plus souvent local. On réserve la photothérapie aux formes étendues et les traitements systémiques aux formes étendues ou graves.

Très schématiquement, on peut retenir les indications suivantes :

- Psoriasis étendu, psoriasis pustuleux, kératodermies palmo-plantaires invalidantes : rétinoïdes (Acitrétine SORIATANE®)
- formes rhumatismales : méthotrexate NOVATREX® ou cicosporine NEORAL®.

Attention à la prescription de rétinoïdes chez la femme en âge de procréer en raison du risque tératogène. Il faut donc impérativement une contraception efficace à poursuivre 2 ans après l'arrêt du traitement ! ! ! !

Dossier 44



Internat Région Sud/Dossier n° 10 – 2000

Zoé, âgée de 10 mois, deuxième de sa fratrie, vous est amené en consultation par ses parents pour une dermatose évoluant depuis l'âge de 6 mois. Celle-ci a débuté sur les joues, puis s'est étendue au front, au cuir chevelu et plus récemment au tronc.

Les lésions sont érythémateuses suintantes, croûteuses, très prurigineuses génant le sommeil. Il n'y a pas de fièvre. L'enfant pèse 8,5 kg pour une taille de 72 cm.

Les parents ont déjà consulté leur médecin de famille et essayé des traitements locaux par dermocorticoïdes avec une amélioration très transitoire et une récidive dès l'arrêt. Ils ne font actuellement plus aucun traitement.

Question 1 Quel est votre diagnostic ? Sur quelles données de l'observation vous appuyez-vous ?

Question 2 Quels antécédents allez-vous rechercher à l'interrogatoire des parents pour étayer votre diagnostic ? Demandez-vous des examens complémentaires ?

Question 3 Comment expliquez-vous l'échec du traitement proposé auparavant ?

Question 4 Décrivez le traitement que vous allez prescrire.
Rédigez l'ordonnance détaillant le traitement des 15 premiers jours.

Question 5 Quels conseils donnez-vous sur la manière d'habiller cet enfant et sur l'environnement dans lequel il vit ?

Question 6 Quels conseils diététiques donnez-vous en cas de nouvelle grossesse (alimentation de la mère et du bébé au cours des 6 premiers mois) ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
25 points

Quel est votre diagnostic ? Sur quelles données de l'observation vous appuyez-vous ?

- Diagnostic : Dermatite atopique ....10 points
  Arguments :
- Dermatose chronique ....2 points
- Évoluant par poussées..2 points
- Ayant débuté chez un nourrisson ....2 points
- Sémiologie : Lésions érythémateuses, suintantes et croûteuses ....3 points
- Topographie : atteinte initiale des convexités puis extension ....2 points
- Dermatose prurigineuse...2 points
- Examen clinique normal par ailleurs ....2 points

Question 2
15 points

Quels antécédents allez-vous rechercher à l'interrogatoire des parents pour étayer votre diagnostic ? Demandez-vous des examens complémentaires ?

Interrogatoire :
- Existence d'un terrain atopique chez les parents et le premier enfant :..5 points
  - o Dermatite atopique ....1 point
  - o Asthme ....1 point
  - o Rhinite allergique ....1 point
  - o Conjonctivite allergique ....1 point
- Antécédent de xérose chez Zoé ....1 point
- Non, le diagnostic est clinique...5 points

Question 3
10 points

Comment expliquez-vous l'échec du traitement proposé auparavant ?

- La dermatite atopique est une dermatose chronique qui évolue par poussées. Le traitement par dermocorticoïdes est symptomatique, il est efficace pour traiter les poussées, mais il est indispensable d'effectuer un traitement d'entretien entre les poussées par des émollients et des soins d'hygiène doux. ....10 points

Question 4
20 points

Décrivez le traitement que vous allez prescrire.
Rédigez l'ordonnance détaillant le traitement des 15 premiers jours.

- Le traitement de la dermatite atopique est local................2 points
- Il faut distinguer le traitement des poussées du traitement d'entretien..2 points
- Lors des poussées, il faut appliquer sur les plaques d'eczéma, une fois par jour, un dermocorticoïdes de classe II sur le corps et de classe III sur le visage, jusqu'à amélioration franche. Ce traitement est à reprendre si de nouvelles plaques apparaissent. Il convient de quantifier la quantité de dermocorticoïdes consommée chaque mois...2 points
- Le traitement d'entretien repose sur les émollients, à appliquer sur l'ensemble du corps et du visage, chaque jour après la toilette. Celle-ci se fait de préférence avec des pains surgras...2 points
- Tous ces soins locaux ont pour but de restaurer le film hydrolipidique de la peau permettant son rôle de barrière...2 points

Ordonnance :
Zoé 10 mois, 8,5 kg

1) Toilette avec un pain surgras, une fois par jour, lors d'un bain à 35 °C de quelques minutes......................2 points
2) DIPROSONE® crème (1 tube de 30 g) : appliquer une fois par jour, sur les plaques d'eczéma du corps jusqu'à amélioration franche...2 points
3) LOCAPRED® (1 tube) : appliquer une fois par jour sur les plaques du visage jusqu'à amélioration franche..........2 points
4) Dès l'amélioration (dans quelques jours), hydrater toute la peau, une fois par jour, après la toilette, avec par exemple ATODERM® crème..............................2 points

- Reprendre le traitement par DIPROSONE® ou LOCAPRED® si une nouvelle poussée se produit....................................2 points

Question 5
18 points

Quels conseils donnez-vous sur la manière d'habiller cet enfant et sur l'environnement dans lequel il vit ?

- Utiliser des vêtements en coton (éviter laine et synthétiques) afin de ne pas irriter la peau...3 points
- Éviter de trop couvrir l'enfant, notamment la nuit (la sueur est irritante pour la peau)...................................3 points
- Ne pas trop chauffer la chambre (18-19 °C)....................3 points
- Limiter la présence des acariens (éviter les moquettes, les peluches, housses anti-acariens, aspiration régulière)..3 points
- Éviter l'exposition aux animaux domestiques....................3 points
- Éviter l'exposition au tabac..3 points

Question 6
12 points

Quels conseils diététiques donnez-vous en cas de nouvelle grossesse (alimentation de la mère et du bébé au cours des 6 premiers mois) ?

Pour la mère :

- **Éviter la consommation de produits très allergisants durant la grossesse et l'allaitement tels que sésame, cacahouète** .... 3 points
- **Conseiller l'allaitement maternel** .... 3 points

Pour l'enfant :

- **Pas de diversification alimentaire précoce** .... 6 points

COMMENTAIRES

La dermatite atopique (DA) est une des composantes de l'atopie avec la rhinite allergique, l'asthme et la conjonctivite allergique.

La prévalence de la DA est en augmentation constante dans les pays occidentaux : elle était de 5 % dans les années soixante, actuellement, elle touche 10 à 25 % des enfants.

La lésion élémentaire de l'eczéma (qu'il soit atopique ou de contact) est une vésicule, ce qui explique le caractère suintant de cette dermatose au stade aigu (par rupture du toit de la vésicule). Le suintement n'est donc pas synonyme de surinfection !

Le prurit est constant. Avec la sécheresse cutanée (xérose), il constitue un élément majeur de la DA.

Au stade chronique, sous l'action du grattage, les plaques se lichénifient, c'est-à-dire deviennent épaisses, quadrillées et grisâtres.

Le traitement de la DA repose sur les dermocorticoïdes. Il existe incontestablement une corticophobie de la part des patients (et de certains pharmaciens et médecins !). Il faut donc dédramatiser le traitement pour obtenir une bonne observance, indispensable dans une maladie chronique. Aux doses prescrites (c'est-à-dire jusqu'à 30 g/mois), il n'y a pas d'effet secondaire, notamment pas de retentissement sur la croissance, la TA... En pratique, on constate essentiellement une atrophie cutanée dans le cas des DA rebelles qui nécessitent des traitements quasi permanents.

Plus récemment, un traitement local immunosuppresseur a reçu l'AMM pour les DA sévères ne répondant pas aux traitements par corticothérapie locale, c'est-à-dire un très faible pourcentage de DA. Il s'agit du Tacralimus PROTOPIC*.



Dossier 45

Internat Région Nord/Dossier n° 11 – 1995

Une femme de 27 ans consulte pour une acné importante du visage, papulopustuleuse, parfois nodulo-kystique, évolutive, invalidante par son caractère affichant. Cette jeune femme est célibataire, sans enfant. Elle ne manipule aucun produit toxique, et ne s'adonne pas à des cures vitaminiques.

Pendant son adolescence, elle n'a pas eu à souffrir d'acné grave, en dehors de quelques lésions inflammatoires.

Question 1 Quels signes cliniques recherchez-vous par l'examen de la patiente, signes qui pourront vous faire mieux entrevoir le type d'acné, sa gravité, son étiologie ?

Question 2 Qu'apportera l'interrogatoire à la recherche d'une cause ?

Question 3 Citez les classes médicamenteuses disponibles et dont l'efficacité est prouvée pour traiter cette maladie ?

Question 4 Quelles sont les propriétés biologiques des cyclines utiles dans le traitement de l'acné ?

Question 5 Quels sont les risques liés à l'utilisation éventuelle de rétinoïdes pour traiter cette jeune femme ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
26 points

Quels signes cliniques recherchez-vous par l'examen de la patiente, signes qui pourront vous faire mieux entrevoir le type d'acné, sa gravité, son étiologie ?

- Signes cliniques d'hyperandrogénie :................................4 points
  - o Hirsutisme ....2 points
  - o Alopécie androgénétique ....2 points
  - o Troubles des règles (aménorrhée, oligoménorrhée)......2 points

  Devant ce tableau clinique, un bilan hormonal et une échographie ovarienne seront prescrits afin d'éliminer essentiellement des ovaires polykystiques ou un bloc surrénalien
- Signes cliniques d'acné fulminante : ....4 points
  - o Altération de l'état général ....2 points
  - o Fièvre élevée ....2 points
  - o Myalgies, arthralgies..2 points
  - o Lésions nodulaires inflammatoires ulcérées et nécrotiques...2 points
- Lésions de grattage évoquant une acné excoriée ....4 points

Question 2
20 points

Qu'apportera l'interrogatoire à la recherche d'une cause ?

- Prise médicamenteuse : (androgènes, contraceptifs oestroprogestatifs, corticoïdes...)....................................10 points
- Soins locaux à la recherche d'une acné aux cosmétiques ....10 points

Question 3
20 points

Citez les classes médicamenteuses disponibles et dont l'efficacité est prouvée pour traiter cette maladie ?

- Traitements locaux : ....1 point
  - o Le peroxyde de benzoyle...3 points
  - o Les antibiotiques locaux...3 points
  - o Les rétinoïdes topiques ....3 points
- Traitements généraux :..1 point
  - o Les antibiotiques (cyclines, macrolides) ....3 points
  - o L'isotrétinoïne ....3 points
  - o Le traitement hormonal associant antiandrogène et œstrogène..3 points

Question 4
10 points

Quelles sont les propriétés biologiques des cyclines utiles dans le traitement de l'acné ?

- Action anti-inflammatoire..5 points
- Action anti-bactérienne sur Propionibacterium acnés ....5 points

Question 5
24 points

Quels sont les risques liés à l'utilisation éventuelle de rétinoïdes pour traiter cette jeune femme ?

- Risque d'aggravation de son acné inflammatoire en début de traitement par rétinoïdes, éventuellement jusqu'à une forme d'acné fulminante ....6 points
- Risque tératogène....................6 points
- Hypercholestérolémie....................3 points
- Hypertriglycéridémie....................3 points
- Augmentation des transaminases....................3 points
- Sécheresse cutanéo-muqueuse....................3 points
- Syndrome dépressif....................NC
- Hypertension intracrânienne....................NC

COMMENTAIRES

Encore une fois, attention à la prescription de rétinoïdes chez la femme en raison de son caractère tératogène :

- Il faut donc en informer les patientes.
- Leur faire signer l'accord de soin et de contraception.
- S'assurer d'une contraception efficace chez toute femme en âge de procréer, débutée au moins un mois avant le début du traitement, poursuivie pendant toute sa durée et un mois après son arrêt.
- Faire un test de grossesse sérique qualitatif avant la première prescription puis chaque mois et 5 semaines après l'arrêt du traitement.

NOTES

Achevé d'imprimer en juillet 2005
dans les ateliers de Normandie Roto Impression s.a.s.
à Lonrai (Orne)
N° d'imprimeur : 05-1882
Dépôt légal : juillet 2005

Imprimé en France



1



2

les légendes des photos
sont indiquées page 97



3



4



5



6


7


8


9



10



11



12



13



14



15



16



17



18


19


20


21


22


23


24



25



26



27


28


29


30



31



32



33



34



35



36



37



38



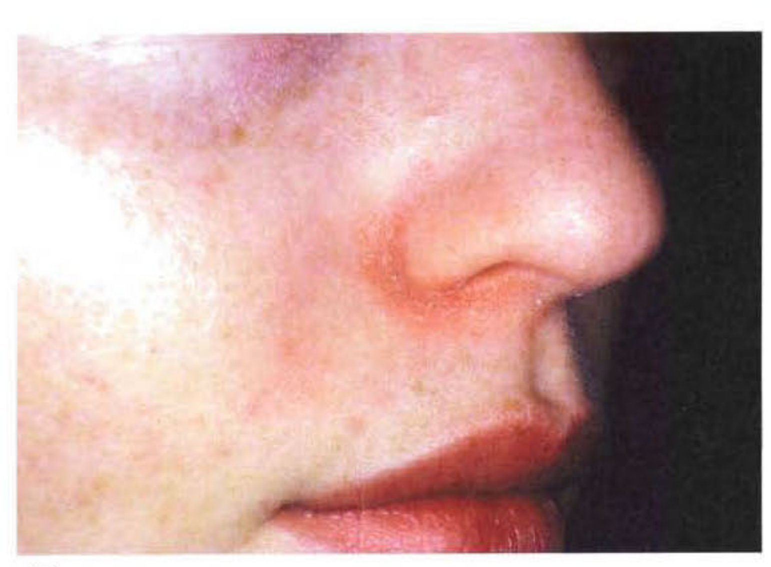
39



40



41



42



43



44



45



46



47



48